Deutscher Bundestag **Drucksache 14/5590**
14. Wahlperiode 15. 03. 2001

Unterrichtung
durch die Bundesregierung

Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung

Inhaltsverzeichnis

Zugeleitet mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 14. März 2001 gemäß § 10 Abs. 4 SGB XI.

Anlagen 1 bis 12

Grafiken 1 bis 8

Übersicht über die Anlagen

Übersicht über die Grafiken

A. Vorbemerkungen

I. Berichtsauftrag gemäß § 10 Abs. 4 SGB XI

Nach dem Übergang der Zuständigkeit für die Pflegeversicherung vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA) auf das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) – aufgrund des Organisationserlasses des Bundeskanzlers vom 27. Oktober 1998 – hat nunmehr das BMG den gesetzlichen Auftrag, im Abstand von drei Jahren den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes über die Entwicklung der Pflegeversicherung, den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland und die Umsetzung der Empfehlungen und der Vorschläge des Ausschusses für Fragen der Pflegeversicherung zu berichten. Nachdem im Dezember 1997 der Erste Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung (Bundestagsdrucksache 13/9528) abgegeben wurde, wird nunmehr – entsprechend dem gesetzlichen Auftrag – der Zweite Bericht dem Deutschen Bundestag und dem Bundesrat vorgelegt.

Aufgrund vorrangiger aktueller Gesetzgebungsarbeiten zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und eines umfangreichen Abstimmungsbedarfs von Berichtsteilen mit den Bundesländern, die im Rahmen der Behandlung des Ersten Berichts im Bundesrat eine intensivere Beteiligung bei der Abfassung künftiger Berichte verlangt haben, war eine Fertigstellung des Zweiten Berichts noch im Dezember 2000 nicht möglich. Auch durch die Regierungsumbildung Anfang Januar 2001 hat sich die Zuleitung des Zweiten Berichts an die gesetzgebenden Körperschaften, die nach dem Wortlaut des § 10 Abs. 4 SGB XI bis Ende des Jahres 2000 hätte erfolgen müssen, noch einmal zeitlich verzögert.

Der Zweite Bericht gibt einen umfassenden Überblick und Detailinformationen über die Situation der Pflegeversicherung, insbesondere über die Zahl der Leistungsbezieher sowie die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflegeinfrastruktur und andere Bereiche der pflegerischen Versorgung und Betreuung in den Jahren 1998 bis 2000.

Im Interesse einer besseren Nachvollziehbarkeit der Entwicklungen, Veränderungen oder des Fortbestehens von Sach- und/oder Rechtslagen seit Ende 1997 wird der Erste Bericht, der eine breite Zustimmung hinsichtlich seines Aufbaus und der Darstellung gefunden hat, unter weit gehender Beibehaltung der bisherigen Gliederung möglichst fortgeschrieben oder es wird, wenn es sinnvoll erscheint, zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Ausführungen zu der jeweils angesprochenen Thematik im Ersten Bericht hingewiesen.

Soweit von den Bundesländern spezifische Beiträge, Stellungnahmen und Materialien zu den einzelnen Berichts- bzw. Gliederungspunkten zur Verfügung gestellt wurden, sind diese in den Bericht eingegangen.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass der 3. Altenbericht der Bundesregierung (Bundestagsdrucksache 14/5130) weitere ergänzende Ausführungen zur Pflegeversicherung im Zusammenhang mit der gegenwärtigen Situation in der Altenhilfe und ihrer künftigen Entwicklung enthält.

II. Berichte zur Pflegeversicherung an den Deutschen Bundestag in den Jahren 1998 bis 2000

Das bis Ende Oktober 1998 für die Pflegeversicherung zuständige BMA hat dem Ausschuss für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestages (AuS-Ausschuss) am 24. März 1998 und am 22. Juni 1998 schriftliche Berichte über den Stand der Pflegesatzverhandlungen (Ausschussdrucksache 1357) und zum Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 5. März 1998 in der Rechtssache Molenaar ./. AOK Baden-Württemberg – C 160/96 – (Ausschussdrucksache 1439) erstattet.

Hinzu kommen Informationen über die Pflegeversicherung und deren Auswirkungen im Rahmen der Antworten der Bundesregierung auf Große Anfragen zu den Themen

- „Lebenssituation behinderter Mädchen und Frauen“ (Bundestagsdrucksache 13/9508),
- „Qualität im Gesundheitswesen“ (Bundestagsdrucksache 13/9825),
- „Patientenselbstbestimmung und Patientenschutz bei fehlerhafter medizinischer Behandlung“ (Bundestagsdrucksache 13/10701),
- „Lebenssituation von Seniorinnen und Senioren in Deutschland“ (Bundestagsdrucksache 14/679) „Zur Entwicklung und zur Situation in Ostdeutschland“ (Bundestagsdrucksache 14/860), „Reform des Behindertenrechts“ (Bundestagsdrucksache 14/2290),
- „Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft und Stellungnahme der Bundesregierung“ (Bundestagsdrucksache 14/5130)

und auf Kleine Anfragen zu den Themen

- „Diskriminierung von Migrantinnen und Migranten“ (Bundestagsdrucksache 13/9671),

- „Rechtsunsicherheit durch fehlende Durchführungsverordnung zum Heimgesetz“ (Bundestagsdrucksache 13/9679),
- „Haltung der Bundesregierung zur Ratifizierung und Anwendung der Europäischen Sozialcharta“ (Bundestagsdrucksache 13/10460),
- „Pflegeversicherung – Investive Kosten für Bewohner von Pflegeheimen“ (Bundestagsdrucksache 14/221),
- „Gehörlose Menschen in vollstationären Einrichtungen“ (Bundestagsdrucksache 14/285),
- „Entbürokratisierung teilstationärer und ambulanter Pflegeleistungen“ (Bundestagsdrucksache 14/556),
- „Sicherung der Teilhabe von Vorruheständlern, Senioren und Menschen mit Behinderung an der Informationsgesellschaft“ Bundestagsdrucksache 14/2199) sowie
- „Zukunft der sozialen Pflegeversicherung“ (Bundestagsdrucksache 14/3444).

Zudem nahm die Bundesregierung wieder in ihren Antworten auf zahlreiche schriftliche und mündliche Fragen der Abgeordneten und im Rahmen von Petitionen zur Pflegeversicherung eingehend Stellung.

B. Die Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung gibt es nun seit sechs Jahren. Mit ihrer Einführung am 1. Januar 1995 ist die letzte große Lücke in der sozialen Versorgung geschlossen und die Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit auf eine neue Grundlage gestellt worden.

I. Ziele der Pflegeversicherung

Die Pflegeversicherung hat im Berichtszeitraum 1998 bis 2000 keine Änderungen ihrer grundlegenden Zielsetzungen erfahren. Insoweit kann auf die Ausführungen im Ersten Bericht verwiesen werden.

II. Konzeption der Pflegeversicherung

Die Konzeption der Pflegeversicherung ist unverändert geblieben. Sie wird unter der Bezeichnung „Soziale Pflegeversicherung“ als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung und im Rahmen einer privaten Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt.

Leistungen bei häuslicher Pflege erhalten die Versicherten seit dem 1. April 1995, bei stationärer Pflege seit dem 1. Juli 1996.

Dabei gilt der Grundsatz: Wer in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, gehört auch der sozialen Pflegeversicherung an. Wer in einer privaten Krankenversicherung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistungen versichert ist, muss seit dem 1. Januar 1995 eine private Pflegeversicherung abschließen.

Die private Pflegeversicherung muss gewährleisten, dass ihre Leistungen denen der sozialen Pflegeversicherung gleichwertig sind. Für Familien und ältere Versicherte muss die private Pflegeversicherung angemessene Bedingungen und Prämien anbieten.

Die Pflegeversicherung ist keine Vollversicherung, die alle Kosten im Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit übernimmt. Sie trägt mit ihrem Leistungsangebot dazu bei, die mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen persönlichen und finanziellen Belastungen der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen zu tragen. Trotz der Pflegeversicherung wird also immer noch in vielen Fällen die Hilfe und Unterstützung pflegender Angehöriger benötigt.

Wenn im Einzelfall keine oder nicht ausreichende Leistungen der Pflegeversicherung erbracht werden und der Pflegebedürftige oder seine unterhaltspflichtigen Angehörigen nicht über genügend Eigenmittel verfügen, um die verbleibenden Kosten für einen notwendigen und angemessenen Pflege- und Betreuungsbedarf zu tragen, können zur individuellen Bedarfsdeckung nach wie vor die Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch genommen werden. Die Sozialhilfe ist in unserem bewährten System der sozialen Sicherheit das Auffangnetz für die Gewährleistung eines menschenwürdigen Lebens, wenn der Einzelne nicht mehr in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen. Die Einführung der Pflegeversicherung hat zu einer wesentlichen Verringerung der pflegebedingten Inanspruchnahme der Sozialhilfe geführt[1].

Durch Ihre Beitrags- bzw. Prämienzahlungen erwerben die Versicherten einen Rechtsanspruch darauf, dass sie Hilfe erhalten, wenn sie einmal pflegebedürftig werden. Dabei spielt die wirtschaftliche Lage des Versicherten keine Rolle, denn die Leistungen der Pflegeversicherung werden einkommens- und vermögensunabhängig erbracht. Eine Bedürftigkeitsprüfung bei Eintritt des Versicherungsfalls, wie sie zuweilen im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung gefordert wird, ist nicht nur unserem Sozialversicherungssystem fremd, sondern sie ist mit dem Sinn und Zweck einer beitrags- bzw. prämienfinanzierten Versicherung zur Absicherung eines Risikos unvereinbar.

[1] siehe hierzu im Einzelnen unter C.VI.1.

III. Gesetzgeberische Maßnahmen seit dem Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 17. Dezember 1997 (Bundestagsdrucksache 13/9528)

1. Zweites Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) und anderer Gesetze vom 29. Mai 1998 (BGBl. I S. 1188)

Mit diesem Gesetz wird den Einrichtungsträgern erlaubt, die Kosten der Ausbildungsvergütung oder die Kosten einer hierfür nach Landesrecht erhobenen Ausbildungsumlage über die Leistungsentgelte abzurechnen. Diese Regelung wird durch das Altenpflegegesetz abgesichert[2].

Entsprechend den unterschiedlichen Ausbildungsformen in den Ländern ist auch die Finanzierung der Ausbildung unterschiedlich ausgestaltet. Die Ausbildungsvergütung wird entweder direkt über den Pflegesatz von Alten- und Pflegeheimen finanziert oder über landesrechtliche Umlageverfahren, an dem Heime, voll- und teilstationäre sowie ambulante Pflegeeinrichtungen beteiligt sind.

Wie bereits im Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung ausgeführt, bestand im Rahmen der Pflegeversicherung bis zum Zweiten SGB XI-Änderungsgesetz keine Möglichkeit, die in einigen Ländern in einem Umlageverfahren refinanzierten Ausbildungsvergütungen in den Pflegevergütungen zu berücksichtigen. Durch das Zweite SGB XI-Änderungsgesetz wurden deshalb landesrechtliche Umlagen zur Finanzierung der Ausbildungsvergütung pflegesatzfähig gemacht (§ 82a SGB XI). Es ist damit sichergestellt, dass die Aufwendungen für die Ausbildungsvergütung in den Pflegesatz eingehen dürfen. Diese Neuregelung stellt damit einen Beitrag zur Sicherung der Ausbildung dar.

2. Drittes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (3. SGB XI-Änderungsgesetz – 3. SGB XI-ÄndG) vom 5. Juni 1998 (BGBl. I S. 1229)

Mit dem 3. SGB XI-Änderungsgesetz wurde die in § 1 des Artikels 49a PflegeVG getroffene Übergangsregelung über die Leistungspauschalen bei vollstationärer Pflege in Höhe von 2 000, 2 500, 2 800 und 3 300 DM in Härtefällen um zwei Jahre bis zum 31. Dezember 1999 verlängert. Für die Verlängerung sprach, dass die nach Pflegestufen gestaffelten festen Leistungsbeträge nicht nur für die Pflegebedürftigen und Heimträger die gewünschte Transparenz über den Umfang der Leistungen geschaffen hatten, die im Einzelfall bei stationärer Pflege beansprucht werden können, sondern auch, dass sie für eine weitestgehende Gleichbehandlung der stationär pflegebedürftigen Versicherten aller Pflegekassen gesorgt hatten.

Gleichzeitig wurde die Regelung über die Durchschnittsvorgabe gelockert, nach der eine Pflegekasse die festen Leistungsbeträge im Einzelfall zu kürzen hat, wenn anderenfalls ihre jährlichen Ausgaben je Pflegebedürftigen im Durchschnitt 30 000 DM überschreiten würden. Der einzelnen Kasse wurde eine Überschreitung dieses Durchschnittsbetrages erlaubt, sofern innerhalb der Kassenart auf Bundesebene sichergestellt wird, dass die Durchschnittsvorgabe von 30 000 DM je stationär Pflegebedürftigen tatsächlich eingehalten wird.

3. Viertes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (4. SGB XI-Änderungsgesetz – 4. SGB XI-ÄndG) vom 21. Juli 1999 (BGBl. I S. 1656)

Mit dem 4. SGB XI-Änderungsgesetz wurden eine Reihe von Maßnahmen zur Förderung und Stärkung der häuslichen Pflege getroffen. Folgende Verbesserungen wurden zum 1. August 1999 in Kraft gesetzt:

– Die Finanzierung der Pflege-Pflichteinsätze, die Bezieher von Pflegegeld bei zugelassenen Pflegediensten in den Pflegestufen I und II halbjährlich und in der Pflegestufe III vierteljährlich abzurufen haben, wurde auf die Pflegekassen bzw. die privaten Pflege-Versicherungsunternehmen sowie die Beihilfefestsetzungsstellen übertragen. Damit haben Pflegebedürftige diese Pflegeeinsätze nicht mehr aus dem Pflegegeld zu finanzieren (§ 37 Abs. 3 SGB XI).
– Die Höchstbeträge bei teilstationärer Tages- oder Nachtpflege wurden für die Pflegestufe II von 1 500 auf 1 800 DM und für die Pflegestufe III von 2 100 auf 2 800 DM erhöht (§ 41 Abs. 2 SGB XI).
– Die Möglichkeiten, in Fällen der Verhinderungspflege den Höchstbetrag von 2 800 DM auszuschöpfen, wurden erweitert (§ 39 SGB XI).
– Bei dem Anspruch auf Kurzzeitpflege wurde die einschränkende Voraussetzung gestrichen, dass vor der Inanspruchnahme der Leistung zunächst ein Jahr Pflege erbracht worden sein muss (§ 42 SGB XI).
– Im Sterbemonat des Pflegebedürftigen zu viel gezahltes Pflegegeld soll den Hinterbliebenen verbleiben und nicht von den Pflegekassen zurückgefordert werden müssen (§ 37 Abs. 2 SGB XI).
– Es wurde sichergestellt, dass das an die Pflegeperson weitergeleitete Pflegegeld bei der Ermittlung der Unterhaltsansprüche oder -verpflichtungen der Pflegeperson weitgehend unberücksichtigt bleibt (§ 13 Abs. 6 SGB XI).

[2] siehe hierzu unter 5. und D.III.

4. Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626)

Die im 1. SGB XI-Änderungsgesetz bis zum 31. Dezember 1999 befristet vorgesehenen Übergangsregelungen zur Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen (§§ 41 Abs. 2, 42 Abs. 2 und 43 Abs. 2, 3 und 5 SGB XI) wurden um zwei Jahre verlängert. Danach haben die Pflegekassen bis zum 31. Dezember 2001 bei teil- und vollstationärer Pflege im Rahmen der leistungsrechtlichen Höchstbeträge – neben den Aufwendungen für die Grundpflege und die soziale Betreuung – auch Aufwendungen für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu übernehmen.

Gleichzeitig wurde die Übergangsregelung des § 43 Abs. 5 SGB XI über die Leistungspauschalen bei vollstationärer Pflege um weitere zwei Jahre bis zum 31. Dezember 2001 verlängert.

5. Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz – AltPflG) sowie zur Änderung des Krankenpflegegesetzes vom 17. November 2000 (BGBl. I S. 1513)

Mit dem Gesetz ist die Grundlage für eine bundeseinheitliche Ausbildung in der Altenpflege geschaffen worden. Die Neuregelungen treten an die Stelle der bisherigen länderrechtlichen Ausbildungsbestimmungen und treten im Wesentlichen zum 1. August 2001 in Kraft[3]. Die wichtigsten Inhalte des Altenpflegegesetzes sind folgende:

– Die Ausbildung zur Altenpflegerin/zum Altenpfleger kann bundesweit als Erstausbildung erfolgen. Sie dauert grundsätzlich drei Jahre.

– Zugangsvoraussetzung zur Ausbildung in der Altenpflege ist der Realschulabschluss oder ein als gleichwertig anerkannter Bildungsabschluss. Personen mit Hauptschulabschluss werden zugelassen, wenn sie eine anderweitige zweijährige Berufsausbildung nachweisen oder den Altenpflegehelfer- bzw. Krankenpflegehelferberuf erlernt haben.

– Die Ausbildungsziele für die Altenpflegeausbildung werden vorgegeben. Diese sind auf eine ganzheitliche Pflege ausgerichtet. Die konkreten Ausbildungsinhalte werden in einer Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gesondert geregelt.

– Die Ausbildung besteht aus theoretischem und praktischem Unterricht und einer praktischen Ausbildung. Eine Teilzeitausbildung ist möglich.

– Der Unterricht wird von einer Altenpflegeschule durchgeführt. Diese trägt die Gesamtverantwortung für die Ausbildung.

– Die praktische Ausbildung muss in einem Altenheim bzw. einer stationären Pflegeeinrichtung und in einem ambulanten Pflegedienst erfolgen. Zusätzlich können wahlweise weitere Ausbildungsabschnitte in anderen Einrichtungen für alte Menschen stattfinden.

– Während der gesamten Ausbildungszeit haben die Schülerinnen und Schüler einen Anspruch auf Ausbildungsvergütung.

– Das Gesetz sieht Rahmenregelungen für die Ausbildung zur Altenpflegehelferin und zum Altenpflegehelfer vor. Diese Ausbildung muss mindestens ein Jahr dauern. Die Einzelheiten können die Länder selbst bestimmen.

– Die Berufsbezeichnungen „Altenpflegerin“, „Altenpfleger“, „Altenpflegehelferin“ und „Altenpflegehelfer“ werden geschützt.“

6. Änderung der Verordnung über personelle Anforderungen für Heime (Heimpersonalverordnung – HeimPersV) vom 22. Juni 1998 (BGBl. I S. 1506)

Nach § 2 Heimgesetz sollen die Heimbewohner vor Beeinträchtigungen ihrer Interessen und Bedürfnisse geschützt werden. Zu diesem Schutz gehört, wie in § 6 Abs. 3 Heimgesetz festgelegt wird, die Sicherung einer angemessenen Betreuung. Dafür ist es insbesondere erforderlich, dass eine ausreichende Zahl an Beschäftigten zur Verfügung steht und dieses Personal zusätzlich persönlich und fachlich für die von ihnen ausgeübte Tätigkeit qualifiziert ist.

Hinsichtlich der Personalausstattung der Heime legt § 5 Abs. 1 der Heimpersonalverordnung fest, dass betreuende Tätigkeiten in der Regel nur durch Fachkräfte oder unter angemessener Beteiligung von Fachkräften wahrgenommen werden dürfen und die Quote der Fachkräfte mindestens 50 v. H. betragen muss. Bis zum 30. September 1998 befristete Übergangsregelungen haben es den zuständigen Behörden ermöglicht, auf Antrag des Heimträgers angemessene Fristen zur Angleichung an die einzelnen Anforderungen der Heimpersonalverordnung einzuräumen. Da nach Informationen der Länder die Fachkraftquote bis zum Stichtag von einer größeren Zahl von Pflegeheimen nicht mehr zu erreichen war, wurden die Fristen zum Erreichen der Fachkraftquote durch Änderung der Heimpersonalverordnung um zwei Jahre, d. h. bis zum 30. September 2000, verlängert. Ab dem 1. Oktober 2000 muss die Fachkraftquote von allen Pflegeheimen erfüllt werden.

Die Verlängerung sollte dazu genutzt werden, gemeinsam mit Heimträgern, Pflegekassen und Sozialhilfeträgern sowie den Bundesländern eine dauerhaft tragfähige Lösung zu finden und das Heimrecht, das Pflegeversicherungs- und das Sozialhilferecht besser aufeinander abzustimmen. Vorrangiges Ziel war es, verlässliche und differenzierte Kriterien für die Bemessung des Personalbedarfs in Heimen entsprechend

[3] siehe hierzu auch unter D.

der jeweils unterschiedlichen Pflegesituation zu entwickeln und ein geregeltes Zusammenwirken von Heimaufsicht, Pflegekassen, Medizinischem Dienst der Krankenversicherung und Sozialhilfe zu erreichen.

Hinsichtlich der in Aussicht genommenen Zusammenarbeit der vorstehend genannten Stellen enthält der vom Kabinett am 1. November 2000 beschlossene Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes eine ausführliche Regelung. Die Zusammenarbeit wird in Arbeitsgemeinschaften institutionalisiert. Die Beteiligten sollen u. a. sich gegenseitig informieren, ihre Prüftätigkeit koordinieren und sind berechtigt und verpflichtet, die für ihre Zusammenarbeit erforderlichen Daten auszutauschen.

Die fachpolitische Diskussion hinsichtlich der Bemessung des Personalbedarfs ist noch nicht abgeschlossen. Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend erprobt derzeit das in Kanada entwickelte Personalbemessungsverfahren „PLAISIR“ zur Messung des Pflegezeit- und Personalbedarfs in Pflegeheimen. Erste Ergebnisse des Projekts und der wissenschaftlichen Begleitung konnten am 20. Juni 2000 in Berlin im Rahmen einer Fachtagung vorgestellt werden. Der Abschlussbericht wird demnächst vorgelegt.

7. Verordnung zur Durchführung einer Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über die häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung – PflegeStatV) vom 24. November 1999 (BGBl. I S. 2282)

Die Bundesregierung hat aufgrund des § 109 Abs. 1 SGB XI am 24. November 1999 die Verordnung zur Durchführung der Bundesstatistik über Pflegeeinrichtungen sowie über häusliche Pflege (Pflegestatistik-Verordnung – PflegeStatV –) erlassen.

Bund und Länder benötigen für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, aber auch für die Überprüfung der mit diesem Gesetz angestrebten Zielsetzungen statistische Daten und Informationen zum Stand und zur Entwicklung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung. Ähnliches gilt für die Pflegekassen, denen die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung obliegt und die damit ebenfalls auf aussagefähige Erkenntnisse über die pflegerische Versorgung angewiesen sind. Diese Datenbasis wird mit der Erhebung nach § 109 Abs. 1 SGB XI als Bundesstatistik deutlicht verbessert. Die Rechtsverordnung hat zwei Schwerpunkte. Zum einen werden regionalisierte Erhebungen über ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI durchgeführt. Als zweiter Bestandteil der Rechtsverordnung ist eine Erhebung über die Inanspruchnahme von Pflegegeldleistungen vorgesehen. Die Erhebung soll alle zwei Jahre als Stichtagserhebung durchgeführt werden.

Bei der Vorbereitung des Verordnungsvorhabens wurde streng darauf geachtet, den Verwaltungs- und Kostenaufwand für die Auskunftspflichtigen so gering wie möglich zu halten.

Die Bundesregierung ist mit der Verordnung einer Aufforderung des Bundesrates vom 25. September 1999 nachgekommen. Die erste Erhebung aufgrund der Verordnung wurde im Dezember 1999 durchgeführt. Die Auswertung und Verarbeitung der hierbei gewonnenen Daten dauert an.

IV. Änderungen im Leistungsrecht der Pflegeversicherung seit dem Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung vom 17. Dezember 1997 (Bundestagsdrucksache 13/9528)

1. Ambulante Pflege

Im Bereich der Leistungen bei häuslicher Pflege (§§ 36 ff. SGB XI) hat es die nachstehenden Veränderungen und Verbesserungen gegeben:

1.1 Pflegevertretung

Um die Pflegebereitschaft und Pflegefähigkeit im häuslichen Bereich zu stärken und zu fördern, ist es besonders wichtig, ausreichende Leistungsangebote zur Bewältigung von Krisensituationen in der häuslichen Pflege vorzusehen. Solche Krisensituationen können bei Krankheit, Urlaub oder sonstiger Verhinderung der Pflegeperson auftreten. Daher wurden mit dem 4. SGB XI-Änderungsgesetz u. a. auch die Möglichkeiten erweitert, in Fällen der Verhinderung der Pflegeperson für die „Ersatzpflege“ im häuslichen Bereich den Höchstbetrag von 2 800 DM auszuschöpfen.

Bei „Ersatzpflege“ durch entfernte Verwandte, Bekannte, Freunde oder durch eine Person aus der Nachbarschaft ist nunmehr von entgeltlicher Pflege auszugehen, sodass der Betrag von 2 800 DM in voller Höhe beansprucht werden kann, wenn entsprechende Zahlungen an die Ersatzpflegeperson oder sonstige notwendige Aufwendungen für die Ersatzpflege nachgewiesen werden. Bei der Ersatzpflegeperson muss es sich nicht um eine Pflegefachkraft handeln; eine einschlägige fachliche Vorbildung wird nicht vorausgesetzt. Damit wird es den Betroffenen erleichtert, in ihrem persönlichen Umfeld Pflegepersonen für die schwere, verantwortungsvolle und zeitintensive Tätigkeit der Verhinderungspflege zu gewinnen.

Bei einer Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen bis zum zweiten Grade verwandt oder verschwägert sind[4] oder mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben, wird vermutet, dass die Er-

[4] Dies sind insbesondere die Kinder, Enkel, Großeltern, Geschwister des Pflegebedürftigen und die Kinder, Enkel, Eltern, Großeltern, Geschwister des Ehegatten des Pflegebedürftigen.

satzpflege nicht erwerbsmäßig ausgeübt wird. Hier bleibt es dabei, dass nur die Aufwendungen erstattet werden, die notwendigerweise im Zusammenhang mit der Ersatzpflege entstehen. Diese Aufwendungen sind bei Ersatzpflege aufgrund familienhafter Bindung oder der Zugehörigkeit zum gleichen Haushalt in der Regel nicht höher als die Aufwendungen für die ersetzte dauerhafte Pflege. Daher ist es sachgerecht, in diesen Fällen den Anspruch bei Verhinderung der Pflegeperson in der Höhe auf den für die jeweilige Pflegestufe festgelegten Pflegegeldbetrag zu beschränken, der von der Pflegekasse auch für die übrige Zeit der ersetzten dauernden Pflege zu leisten ist. Nur wenn dargelegt wird, dass der Ersatzpflegeperson im Zusammenhang mit der Pflege tatsächlich Kosten entstanden sind (z. B. Fahrkosten) oder dass die Ersatzpflege des Familien- oder Haushaltsangehörigen im konkreten Einzelfall der Erzielung von Erwerbseinkommen dient, soll der Höchstbetrag von 2 800 DM für vier Wochen ausgeschöpft werden können. Ein solcher Ausnahmefall kann insbesondere dann gegeben sein, wenn die Ersatzpflegeperson zwei verschiedene Pflegebedürftige über einen Zeitraum von jeweils mehr als einer Woche oder einen Pflegebedürftigen für mehr als vier Wochen pflegt.

1.2 Tages- und Nachtpflege

Die Inanspruchnahme teilstationärer Pflege durch die Pflegebedürftigen ist derzeit noch unterentwickelt. Es ist zwar ein jährlicher Anstieg zu verzeichnen, jedoch auf niedrigem Niveau. Diese geringe Inanspruchnahme beruht zum einen auf psychologischen Hemmnissen bei den Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen, Fremdhilfe in Anspruch zu nehmen, zum anderen jedoch auch auf finanziellen Erwägungen, da die Leistungen der Tagespflege in vollem Umfang mit den häuslichen Pflegeleistungen verrechnet werden.

Das Leistungsangebot der teilstationären Pflege bietet drei entscheidende Vorteile:

– Durch die aktivierenden Betreuungsangebote in der teilstationären Einrichtung können körperliche und geistige Fähigkeiten der pflegebedürftigen Tagespflegegäste erhalten und teilweise sogar verbessert werden.

– Für die pflegenden Angehörigen bietet sie eine dringend notwendige Entlastung.

– Ein überzeugendes Angebot im teilstationären Bereich hilft, frühzeitige Inanspruchnahme vollstationärer Pflege zu vermeiden.

Mit Blick auf diese Vorteile wurden mit dem 4. SGB XI-Änderungsgesetz, das zum 1. August 1999 in Kraft getreten ist, u. a. auch zur Förderung der Tagespflege die Anhebung der leistungsrechtlichen Höchstbeträge in der Pflegestufe II von 1 500 DM auf 1 800 DM und in der Pflegestufe III von 2 100 DM auf 2 800 DM vorgenommen. Mit dieser Regelung wurden die leistungsrechtlichen Höchstbeträge bei Tages- und Nachtpflege den leistungsrechtlichen Höchstbeträgen bei der Pflegesachleistung angepasst und damit der bisher bestehende sachlich nicht gerechtfertigte Unterschied bei den Höchstbeträgen dieser Leistungen beseitigt. Durch die Harmonisierung der Höchstbeträge wurde das Leistungsangebot der Pflegeversicherung zur notwendigen Förderung und Stärkung der häuslichen Pflege abgerundet.

1.3 Finanzierung der Pflege-Pflichteinsätze durch die Pflegekassen

Die Kosten für die Pflege-Pflichteinsätze, die die Bezieher von Pflegegeld in regelmäßigen Abständen abzurufen haben, sind seit dem 1. August 1999 von den Pflegekassen und den privaten Versicherungsunternehmen sowie den Beihilfefestsetzungsstellen zu übernehmen. Mit dieser Übertragung der Finanzierung der Pflege-Pflichteinsätze vom Pflegebedürftigen auf die Pflegekassen, die privaten Versicherungsunternehmen sowie die Beihilfefestsetzungsstellen ist eine höhere Akzeptanz dieser Pflegeeinsätze, die als Instrumente der Qualitätssicherung bei der häuslichen Pflege sowie zur Beratung und Hilfestellung der häuslich Pflegenden uneingeschränkt erhalten bleiben müssen, angestrebt und auch erreicht worden.

1.4 Kurzzeitpflege

Seit dem 1. August 1999 wird für den Anspruch auf Kurzzeitpflege in Krisensituationen in der häuslichen Pflege keine Vorpflegezeit von 12 Monaten mehr vorausgesetzt. Der Wegfall dieser Wartezeit dient der Stärkung der häuslichen Pflege und betont deren Vorrang vor der dauerstationären Pflege, denn vorübergehende Krisensituationen in der häuslichen Pflege können nunmehr ohne einschränkende Voraussetzung überbrückt werden.

1.5 Pflegegeld im Sterbemonat

Das Pflegegeld wird seit dem 1. August 1999 bis zum Ende des Kalendermonats geleistet, in dem ein Pflegebedürftiger verstorben ist. Wegen der vorschüssigen Zahlung des Pflegegeldes kam es in der Vergangenheit im Sterbemonat regelmäßig zur Überzahlung mit der Folge, dass die Pflegekassen nach dem bis dahin geltenden Recht nach dem Tod des Pflegebedürftigen das zu viel gezahlte Pflegegeld von den Angehörigen zurückfordern mussten. Diese Verfahrensweise war nicht nur für die betroffenen Familien, sondern auch für die zuständigen Pflegekassen unnötig belastend. Mit der Neuregelung wurde sichergestellt, dass zu viel gezahltes Pflegegeld im Sterbemonat nicht zurückgefordert werden muss. Damit dient die Neuregelung auch einer Verringerung des Verwaltungsaufwandes der Pflegekassen.

2. Pflege im Heim

Die ursprünglich bis zum 31. Dezember 1999 vorgesehene leistungsrechtliche Übergangsregelung des § 43

Abs. 5 SGB XI zu den stationären Leistungspauschalen in Höhe von 2 000, 2 500, 2 800 und 3 300 DM in Härtefällen wurde noch einmal um zwei Jahre bis zum 31. Dezember 2001 verlängert. Dies geschah auch mit Blick auf die Entscheidung, die ebenfalls bis zum 31. Dezember 1999 vorgesehene Übergangsregelung zur Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2001 zu verlängern[5].

Für die Weitergeltung der Übergangspauschalen waren im Übrigen noch folgende Erwägungen mitbestimmend:

Die als Dauerregelung konzipierte Vorschrift des § 43 Abs. 2 SGB XI, nach der die Pflegekassen bei vollstationärer Pflege die Aufwendungen für die Grundpflege, die soziale Betreuung und die Behandlungspflege ohne konkrete Differenzierung nach Pflegestufen bis zu 2 800 DM monatlich zu übernehmen hätten, im Durchschnitt jedoch nicht mehr als 30 000 DM je Pflegebedürftigen pro Jahr, weist mehrere Nachteile auf. Der einzelne stationär Pflegebedürftige könnte danach die konkrete Höhe seines Leistungsanspruchs gegenüber der Pflegekasse nicht mehr unmittelbar aus dem Gesetz ablesen. Sein Leistungsanspruch würde vielmehr von der zuständigen Pflegekasse festgesetzt, und zwar in Abhängigkeit von der Höhe der im Einzelfall mit dem Heim vereinbarten Vergütung für die pflegebedingten Aufwendungen sowie dem finanziellen Spielraum, der der einzelnen Kasse bei Beachtung der Durchschnittsvorgabe von 30 000 DM bleibt. Einzelne Versicherte würden mehr, andere Versicherte weniger als derzeit von ihrer Pflegekasse erhalten. So könnte z. B. eine Pflegekasse mit günstigerer Versichertenstruktur (viele Pflegebedürftige der Stufe I und wenig Pflegebedürftige der Stufe III) einem pflegebedürftigen Heimbewohner der Stufe II deutlich mehr als 2 500 DM monatlich zur Verfügung stellen, während eine Pflegekasse mit ungünstigerer Versichertenstruktur (wenig Stufe I-, jedoch viele Stufe II- und III-Fälle) bei Beachtung der Durchschnittsvorgabe in der Pflegestufe II weniger als 2 500 DM leisten müsste. Von diesen unterschiedlichen Leistungshöhen könnten Pflegebedürftige in ein und demselben Heim betroffen sein. Dieses Ergebnis dürfte den Betroffenen nur schwer verständlich gemacht werden können. Zudem wäre eine solche Regelung über den Leistungstransfer der Pflegeversicherung für die Heimträger mit wesentlich höherem Verwaltungsaufwand verbunden. Insgesamt gesehen dürfte daher die ursprüngliche Regelung des § 43 SGB XI in der praktischen Umsetzung erhebliche Probleme aufwerfen.

Der Gesetzgeber wird nunmehr im Jahr 2001 über die Frage zu entscheiden haben, ob es weiterhin Leistungspauschalen geben soll.

Positiv hat sich die Lockerung der Regelung ausgewirkt, die die Pflegekasse verpflichtete, die Leistungspauschalen in Höhe von 2 000, 2 500, 2 800 und 3 300 DM im Einzelfall zu kürzen, wenn ansonsten ihre jährlichen Ausgaben für die bei ihr versicherten Pflegebedürftigen in vollstationärer Pflege im Durchschnitt 30 000 DM übersteigen würden. Nachdem die Kürzungspflicht nun nicht mehr greift, wenn innerhalb der Kassenart, der die Pflegekasse angehört, die Einhaltung der Durchschnittsvorgabe von 30 000 DM je Pflegebedürftigen auf Bundesebene sichergestellt ist, hat die Kürzungsregelung in der Praxis keine negativen Auswirkungen mehr gezeigt.

[5] siehe hierzu auch unter B.III.4. und unter C.XIII.2.4.

3. Übersicht über die Leistungen der Pflegeversicherung

		Pflegestufe I Erheblich Pflege-bedürftige	**Pflegestufe II** Schwerpflege-bedürftige	**Pflegestufe III** Schwerstpflege-bedürftige (in besonderen Härtefällen)
Häusliche Pflege	Pflegesachleistung bis DM monatlich	**750**	**1 800**	**2 800** **(3 750)**
	Pflegegeld DM monatlich	**400**	**800**	**1 300**
Pflegevertretung **– durch nahe Angehörige** **– durch sonstige Personen**	Pflegeaufwendungen für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr bis DM	**400**[1)] **2 800**	**800**[1)] **2 800**	**1 300**[1)] **2 800**
Kurzzeitpflege	Pflegeaufwendungen bis DM im Kalenderjahr	**2 800**	**2 800**	**2 800**
Teilstationäre Tages- und Nachtpflege	Pflegeaufwendungen bis DM monatlich	**750**	**1 800**	**2 800**
Vollstationäre Pflege	Pflegeaufwendungen pauschal DM monatlich	**2 000**	**2 500**	**2 800** **(3 300)**
Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	pauschal Abgeltung von Pflegeaufwendungen in Höhe von	**10 % des Heimentgelts, höchstens 500 DM monatlich**		

1) Auf Nachweis werden den ehrenamtlichen Pflegepersonen notwendige Aufwendungen (Verdienstausfall, Fahrkosten usw.) bis zum Gesamtbetrag von 2 800 DM erstattet.

C. Umsetzung und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

I. Zur allgemeinen Situation der Pflegeversicherung

1. Wichtiger Baustein im System der sozialen Sicherheit

Die Pflegeversicherung hat sich in den sechs Jahren ihres Bestehens trotz einer vielfach kritischen Berichterstattung – insbesondere im Zusammenhang mit bekannt gewordenen Missständen in Pflegeheimen – als ein wichtiger Baustein bei der Absicherung sozialer Risiken erwiesen, der bereits vielen Menschen geholfen hat und weiterhin helfen wird.

Die Akzeptanz der Pflegeversicherung in der Bevölkerung ist sehr groß. Die Veränderungen durch die Pflegeversicherung werden durch die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen ganz überwiegend positiv bewertet[6].

Die Pflegeversicherung ist vor diesem Hintergrund unbestreitbar ein Erfolg in der Geschichte unserer sozialen Absicherung und aus dem Sozialsystem der Bundesrepublik Deutschland nicht mehr wegzudenken, auch wenn es Schwächen bei der Ausgestaltung und Probleme – z. B. bei der Einbeziehung von Demenzkranken – gibt. Diese Probleme betreffen jedoch die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung und können nicht die getroffenen Grundentscheidungen zur Konzeption und inhaltlichen Ausgestaltung der sozialen Absicherung des Pflegerisikos infrage stellen.

Bei der Bewertung der bisherigen Bilanz der Pflegeversicherung ist auch mit zu berücksichtigen, dass bei Einführung der Pflegeversicherung Schwächen und Zukunftsrisiken bewusst in Kauf genommen wurden, um den Beginn der Pflegeversicherung nicht weiter zu verschieben oder ein Scheitern des Vorhabens insgesamt zu verhindern. Angesichts der nach wie vor geltenden Rahmenbedingungen für die Durchführung und die Leistungen der Pflegeversicherung, hier ist insbesondere der gesetzlich festgelegte Beitragssatz von 1,7 v. H. zu nennen, bestehen für notwendige und/oder sinnvolle Veränderungen vielfach keine oder allenfalls nur geringe finanzielle Spielräume.

Auch unter Berücksichtigung der Anstrengungen der Bundesregierung, den Gesamtsozialversicherungsbeitragssatz dauerhaft unter 40 v. H. abzusenken, sind zukünftigen Leistungsverbesserungen Grenzen gesetzt.

[6] siehe hierzu unter E.

2. Zur Forderung nach Integration der sozialen Pflegeversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung

Im Zusammenhang mit der bisherigen Bilanz der Pflegeversicherung sowie den aktuellen Maßnahmen und Überlegungen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wird in jüngster Zeit immer wieder eine Integration der sozialen Pflegeversicherung in die gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gefordert.

Aus Sicht der Bundesregierung ist eine eigenständige Pflegeversicherung nach wie vor sachgerecht.

Eine Überführung der sozialen Pflegeversicherung in die GKV hätte nur dann Sinn, wenn die Vorteile einer Integration die Nachteile einer Beendigung der seit 1995 bestehenden eigenständigen Pflegeversicherung überwiegen und damit auch die bestehenden Probleme im Verhältnis GKV/Pflegeversicherung zugunsten der Pflegebedürftigen einer Lösung zugeführt würden.

Eine Überführung der sozialen Pflegeversicherung hätte im Wesentlichen folgende Vorteile:

– Die organisatorische Aufteilung in Krankenkasse und Pflegekasse würde entfallen, d. h. bei der Gewährung von Versicherungsleistungen im Krankheits- und/oder Pflegefall käme alles aus einer Hand und einem Finanztopf.

– Das Verwaltungshandeln würde gegenüber den Versicherten ausschließlich unter dem Briefkopf „Krankenversicherung“ erfolgen, ohne dass allerdings der Umfang des Verwaltungshandelns nennenswert reduziert würde und damit Verwaltungskosten eingespart werden könnten.

– Die Mitarbeiter der Krankenkassen müssten ihre Sachbearbeitung nicht mehr in Tätigkeiten für die GKV und solche der Pflegeversicherung aufteilen.

– Der Überschuss der sozialen Pflegeversicherung käme den rd. 400 gesetzlichen Krankenkassen zugute.

Diesen Vorteilen einer Integration stünden vor allem folgende Nachteile gegenüber:

– Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit würden künftig nicht nur aus finanziellen Gründen, sondern auch bei sich verändernden gesundheitspolitischen Ziel- und Weichenstellungen in einen Prioritätenstreit mit anderen Leistungen der GKV treten.

– Die Beseitigung der Eigenständigkeit der Pflegeversicherung würde sich für die große Mehrheit der Bevölkerung als ein Unternehmen darstellen, das allein dem Zweck dient, an den Milliarden-Überschuss der Pflegeversicherung zu gelangen.

– Die Nutzung des Überschusses der Pflegeversicherung u. a. als Demographiereserve und damit zur Stabilisierung des Beitragssatzes wäre nicht möglich. Der verfügbare Überschuss von rd. 5,7 Mrd. DM (liquide Mittel Ende 1999 in Höhe von 9,7 Mrd. DM abzüglich des gesetzlichen Betriebs- und Rücklagesolls von rd. 4 Mrd. DM) ginge der Pflegeversicherung verloren, ohne dass damit eine spürbare und dauerhafte Verbesserung der Finanzsituation der GKV verbunden wäre.

– Der bisherige bundeseinheitliche, nur vom Gesetzgeber veränderbare Beitragssatz von 1,7 v. H. könnte nicht weitergelten. Die Rahmenbedingungen für die Finanzierung der Pflegeleistungen würden sich erheblich verändern. Die Finanzierung würde künftig über den jeweiligen Beitragssatz der rd. 400 gesetzlichen Krankenkassen erfolgen müssen, was insbesondere unter dem Gesichtspunkt des Wettbewerbs der Krankenkassen nicht unproblematisch sein dürfte. Ein neues Finanzausgleichsverfahren unter den Kassen wäre notwendig, um einzelne Kassen mit hohem Anteil an Pflegebedürftigen (vor allem Ortskrankenkassen und Bundesknappschaft) nicht übermäßig zu belasten.

Zu lösen wären darüber hinaus zahlreiche rechtliche und technische Probleme bei der Integration der sozialen Pflegeversicherung in die GKV u. a.:

– Überführung des versicherten Personenkreises, beispielsweise
  – bei denjenigen Personen, die zwar gesetzlich krankenversichert sind, jedoch das Pflegerisiko ausnahmsweise nicht in der sozialen, sondern in der privaten Pflegeversicherung absichern konnten und abgesichert haben;
  – bei dem in § 21 SGB XI bezeichneten Personenkreis, der derzeit nicht in der Krankenversicherung versichert ist und zur Absicherung des Pflegerisikos der sozialen Pflegeversicherung zugewiesen wurde.

– Mit Aufgabe des bundeseinheitlichen Beitragssatzes würde die Diskussion über das Thema „Kompensation der Arbeitgeberbeiträge“ erneut Aktualität gewinnen, dies insbesondere im Hinblick auf den Sonderweg, den das Bundesland Sachsen gewählt hat.

– Der Teilkostentarif für Beihilfeberechtigte mit halben Beiträgen und halben Leistungen, den es ansonsten in der GKV nicht gibt.

– Die gedeckelten Leistungen der Pflegeversicherung würden im GKV-Leistungskatalog einen Fremdkörper darstellen, da das GKV-System weitestgehend ungedeckelte bedarfsdeckende Leistungen vorsieht.

– Die Aufnahme der Pflegeleistungen in den Leistungskatalog der Krankenversicherung birgt die Gefahr weiterer Forderungen nach Leistungsausweitungen in der GKV in sich. So wird es z. B. unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten schwieriger werden zu rechtfertigen, warum pflegende Angehörige, die die Grundpflege vornehmen, Pflegegeld erhalten, während pflegende Angehörige, die Leistungen der medizinische Behandlungspflege in zeitlich gleichem Umfang erbringen, kein Pflegegeld erhalten können.

– Das Vertrags- und Vergütungsrecht nach dem SGB XI weist bei genauerer Analyse erhebliche Unterschiede zum Recht der Krankenversicherung auf. Bei einer Integration der Pflegeversicherung in die Krankenversicherung besteht die Gefahr, dass die spezifischen, auf den Pflegebereich zugeschnittenen bundes- und landesrechtlichen Vorschriften, aber auch die von der Pflegeselbstverwaltung durch Verträge geschaffenen Regelungen grundlegend neu strukturiert werden müssten.

Durch eine Integration der sozialen Pflegeversicherung in die GKV würden im Übrigen auch Diskussions- und Problemfelder im Verhältnis GKV/Pflegeversicherung wie

– häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V,

– Hilfsmittelversorgung im Heim,

– medizinische Behandlungspflege im Heim,

– Rehabilitation vor Pflege

keiner abschließenden Lösung zugeführt. Bei den genannten Bereichen handelt es sich nicht um „Schnittstellenprobleme“, die man durch Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung vermeiden könnte. Es handelt sich hierbei vielmehr um Probleme bei der gesetzlichen Aufgabenbeschreibung und bei der Aufgabenwahrnehmung durch die Krankenkassen unter den Bedingungen des Wettbewerbs der Kassen untereinander und dem Finanzdruck, der in den Krankenkassen das (restriktive) Verhalten bei der Bewilligung von Leistungen mitbestimmt. Hieran würde sich bei einer Integration der sozialen Pflegeversicherung in die GKV voraussichtlich nichts ändern.

Eine Konsequenz wäre in jedem Fall, dass die bisherige Sachwalterfunktion der Pflegeversicherung, nämlich die Interessen und Belange der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen im System unserer sozialen Sicherung zu artikulieren sowie unabhängig und eigenständig gegenüber den an der medizinisch-pflegerischen Versorgung Beteiligten wahrzunehmen, entfiele. Dies dürfte angesichts der bisherigen Bilanz der Pflegeversicherung und ihrer breiten Zustimmung in der Bevölkerung kaum vermittelbar sein und der Bedeutung der pflegerischen Versorgung, vor allem mit Blick auf die demographische Entwicklung, nicht gerecht werden.

Eine Integration wäre auch mit Blick auf den Bestand und die künftige Ausgestaltung der privaten Pflege-Pflichtversicherung problematisch:

a) Es wäre sehr fraglich, ob diese Versicherung als eine Pflichtversicherung weitergeführt werden

könnte. Denn durch den Übergang der sozialen Pflegeversicherung in die GKV würden die bisherigen Leistungen im Rahmen der eigenständigen sozialen Pflegeversicherung zu Krankenversicherungsleistungen. Eine gesetzliche Pflicht, das Krankheitsrisiko bzw. das Leistungsspektrum der GKV durch eine entsprechende private Krankenversicherung abzusichern, wenn kein Versicherungsschutz in der GKV besteht, gibt es bisher nicht.

b) Große Probleme entstünden, wenn gleichzeitig mit der Auflösung der sozialen auch die Auflösung der privaten Pflege-Pflichtversicherung verbunden würde. Denn die privat Versicherten haben mit ihren Versicherungsprämien eigentumsgeschützte Kapitalrückstellungen gebildet, die ihnen nicht entzogen werden können.

c) Eine Überführung der privaten Pflegeversicherung in die private Krankenversicherung, die mit einem Wegfall des derzeitigen Finanzausgleichs der privaten Pflegeversicherungsunternehmen einherginge, würde viele Versicherungsunternehmen überfordern, weil die so genannte „Alte Last“ mit älteren Versicherten und bereits Pflegebedürftigen völlig ungleich auf die Versicherungsunternehmen verteilt ist. Bei den in der privaten Krankenversicherung häufiger anzutreffenden geschlossenen Tarifen dürften sich die Probleme besonders deutlich zeigen.

Zur Vermeidung der unter b) und c) genannten Probleme könnte zwar alternativ an die Beibehaltung der bisherigen privaten Pflege-Pflichtversicherung gedacht werden, die zu verstehen wäre als gesetzlich vorgeschriebene notwendige Ergänzung der Krankenversicherung um einen eigenständigen Pflegeversicherungsvertrag. Jedoch ergäben sich neben der unter a) angesprochenen grundsätzlichen Problematik auch bei einer solchen Lösung Probleme:

– Mit dem Wegfall eines eigenständigen Beitragssatzes für die soziale Pflegeversicherung würde gleichzeitig der Orientierungsmaßstab für den Höchstbeitrag in der privaten Pflegeversicherung entfallen.

– In der Pflegeversicherung ist bei einem Wechsel von der privaten zur sozialen Pflegeversicherung und umgekehrt die gegenseitige Anrechnung der Vorversicherungszeiten vorgesehen. Dies ist in der GKV nicht der Fall. Daraus ergäbe sich die Gefahr präjudizieller Wirkung.

3. Aktuelle gesetzgeberische Vorhaben

3.1 Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG)

Die Bundesregierung hat am 1. November 2000 den Entwurf eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege beschlossen. Der Gesetzentwurf hat folgende Schwerpunkte:

3.1.1 Qualität und Qualitätssicherung

Die Qualität und Qualitätssicherung in der Pflege ist seit der Einführung der Pflegeversicherung Anfang 1995 verstärkt in das Bewusstsein der breiten Öffentlichkeit gerückt. Durch die Absicherung gegen das Risiko der Pflegebedürftigkeit hat die pflegerische Versorgung zu Recht einen neuen Stellenwert in der Wahrnehmung der Bevölkerung gewonnen. Fast 60 Millionen Menschen zahlen heute Beiträge zur sozialen oder privaten Pflegeversicherung; einschließlich der Familienversicherung sind insgesamt über 98 Prozent der Bevölkerung (rd. 80 Millionen Menschen) pflegeversichert. Im Falle der Pflegebedürftigkeit haben sie jetzt – als Gegenleistung für ihre Beiträge – Ansprüche aus eigenem Recht auf die Versicherungsleistungen erworben. Damit einher geht ein neues Selbstbewusstsein der Betroffenen („Verbrauchersouveränität“). Gerade im stationären Bereich wird von pflegebedürftigen Heimbewohnern, die sich nicht ordentlich versorgt fühlen, oder von ihren Angehörigen – auch in öffentlichen Diskussionen – die Frage aufgeworfen, wieso Defizite in der Versorgung herrschen, obwohl beitragsfinanzierte Leistungen gewährt werden, die durch erhebliche Eigenanteile zu ergänzen sind.

Anlass für diese und ähnliche Fragen sind häufig Berichte über Mängel in der Pflege. Alle Beteiligten sind sich darin einig, dass Missstände konsequent bekämpft werden müssen. Nach Erkenntnissen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. (MDS) aus über 4 000 Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen seit Einführung der Pflegeversicherung lassen sich die Pflegeeinrichtungen vier Gruppen zuordnen: An der Spitze stehen ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, die seit Jahren Pflege auf einem hohen Qualitätsstandard erbringen. Die zweite und dritte Kategorie umfasst Dienste und Einrichtungen, für die die Einführung der Pflegeversicherung Anlass war, verstärkt Methoden der internen Qualitätssicherung anzuwenden oder die von den Medizinischen Diensten hierzu angeregt wurden. Den Einrichtungen der letzten Kategorie fehlt das Verständnis für eine qualitätsgerechte Versorgung; sie stellen nach Auffassung des MDS eine nicht unerhebliche Gefahr für die Pflegebedürftigen dar.

Eine ähnliche Vielfalt zeigt sich bei der Analyse der Ursachen für die pflegerischen Defizite oder die zu beklagenden Mängel. Hier können Managementfehler und -schwächen im Leitungsbereich der Einrichtungen ebenso eine Rolle spielen wie das Qualifikationsniveau der Pflege- und Betreuungskräfte. Ferner sind die Personalausstattung und – im stationären Bereich – die Entwicklung der Heimbewohnerstruktur Faktoren, die einen erheblichen Einfluss auf die Qualität der pfle-

gerischen Versorgung haben können. Zugleich ist festzustellen, dass die Einrichtungsträger in den Vergütungsverhandlungen mit den Kostenträgern ihren gesetzlichen Anspruch auf leistungsgerechte Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung nicht immer wirksam und effizient durchzusetzen vermögen.

Hinzu kommt erschwerend, dass die Qualitätsprüfung und die Kontrolle der rd. 22 000 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen nicht überall im gebotenen Umfang sichergestellt sind oder sichergestellt werden können. Dort, wo Prüfungen durchgeführt werden, hat sich allerdings gezeigt, dass sich die externe Qualitätssicherung nach dem § 80 SGB XI durch den Medizinischen Dienst – verstanden als Einheit von Prüfung, Empfehlung und Beratung – bewährt hat. Sie fügt sich sinnvoll – neben den aufsichtsrechtlichen Möglichkeiten der Heimaufsichtsbehörden – in die Maßnahmen der Pflegekassen zur Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ein.

Vor diesem Gesamthintergrund werden mit dem Gesetzentwurf zwei Vorhaben zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung aufgegriffen und miteinander verbunden:

a) die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität und

b) die Stärkung der Verbraucherrechte.

Diese Vorhaben stehen für den Bereich der vollstationären Pflege in einem engen Zusammenhang mit der Novellierung des Heimgesetzes. Beide Gesetzentwürfe ergänzen einander in dem Ziel, u. a. durch eine engere Zusammenarbeit zwischen der Pflegeselbstverwaltung und der staatlichen Heimaufsicht, die Qualität der Betreuung in Heimen zu sichern.

Die Vorschläge der Bundesregierung zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz sind von der Erkenntnis und der darauf gestützten Philosophie geprägt, dass Qualität nicht von außen in die Pflegeeinrichtungen „hineingeprüft“ werden kann. Notwendig ist ein doppelter Ansatz:

– Primär sind die Träger der Pflegeeinrichtungen für die Sicherung und für die Weiterentwicklung der Qualität ihrer ambulanten, teil- oder vollstationären Leistungen verantwortlich. Das beinhaltet nicht nur die Pflicht für jedes Pflegeheim und für jeden Pflegedienst, ein umfassendes, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln; die Träger sind darüber hinaus verpflichtet, in regelmäßigen Abständen die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen durch unabhängige Sachverständige oder Prüfstellen nachzuweisen. Ihren Ausdruck findet dieser „trägernahe“ Teil der Qualitätssicherung in der neuen Vorschrift über die Leistungs- und Qualitätsnachweise.

– Parallel dazu, bleibt es bei der externen Qualitätssicherung durch die Landesverbände der Pflegekassen (und die staatlichen Kontrollen durch die Heimaufsicht). Wie bisher haben die Pflegeeinrichtungen auf Verlangen der Landesverbände der Pflegekassen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder den von den Landesverbänden der Pflegekassen beauftragten Sachverständigen die Prüfung der erbrachten Leistungen und deren Qualität durch Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen und vergleichende Prüfungen zu ermöglichen. Wichtig ist, dass auch der MDK Kontrollen mit folgenden Maßgaben durchführen darf:

  – tagsüber jederzeit Zutritt zu den Pflegeeinrichtungen, auch ohne Anmeldung,

  – nächtliche (angemeldete oder unangemeldete) Kontrollen nur, wenn das Ziel der Überprüfung tagsüber nicht erreicht werden kann (Beispiele: Zahl der Nachtwachen, Fixierung/Sedierung der Pflegebedürftigen, Flüssigkeitszufuhr),

  – Zutritt zu Räumen, die einem Wohnrecht unterliegen nur, wenn die Zustimmung des Bewohners vorliegt oder eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung gegeben ist.

3.1.2 Stärkung der Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen

Der Gesetzentwurf soll ferner zur Stärkung der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger durch Einführung neuer Vertragsinstrumente beitragen. Unabhängig von dem Sicherstellungsauftrag der Pflegekassen tragen die Träger der Einrichtungen die Verantwortung für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in ihren Einrichtungen. Diese Eigenverantwortung umfasst die Pflicht und das Recht der Träger, die personelle und sächliche Ausstattung bereitzustellen, die für eine leistungs- und qualitätsgerechte Versorgung der von ihren Pflegeeinrichtungen in Obhut genommenen konkreten Klientel aktuell erforderlich ist. Die Einrichtungsträger müssen in die Lage versetzt werden, diese Verantwortung auch wahrnehmen zu können. Im System der Pflegeversicherung bedeutet dies, dass Instrumente bereitgestellt werden müssen, die es den Einrichtungen erlauben, ihren Anspruch auf leistungsgerechte Vergütungen gegenüber den Kostenträgern effizient durchzusetzen.

Hierzu schlägt der Gesetzentwurf die Einführung von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) nach dem Vorbild des Bundessozialhilfegesetzes vor. In der LQV werden die von der Pflegeeinrichtung erwarteten Leistungen nach der Struktur und der voraussichtlichen Entwicklung des zu betreuenden Personenkreises definiert und die dafür notwendigen personellen und sächlichen Anforderungen vertraglich abgesichert. Mit den LQV wird ein flexibler, effektiver Weg angeboten, zeitnah vertragliche Vereinbarungen über die Belegungs- und Leistungsstruktur der Pflegeeinrichtung zu treffen und sich über den erforderlichen Personal- und Sachaufwand zu einigen. Dies kommt insbesondere

demenzkranken Pflegebedürftigen in Pflegeheimen zugute, die zusätzlich zu den Leistungen der Grundpflege häufig einen hohen Bedarf an allgemeiner und sozialer Betreuung haben.

Entscheidender Gesichtspunkt für die Einrichtungsträger ist, dass die vertraglichen Festlegungen in der LQV für alle Vertragsparteien in den Vergütungsverhandlungen als Bemessungsgrundlage für die Vergütungen unmittelbar verbindlich sind. Damit wird ein entscheidender Schritt zur Stärkung der Eigenverantwortung der Einrichtungsträger vollzogen, denn die Voraussetzungen zur Einlösung ihres Anspruchs auf leistungsgerechte Vergütungen werden nachhaltig verbessert.

Ein schwieriges Problem für das gesamte Vertrags- und Vergütungsrecht nach dem SGB XI (Versorgungsverträge, LQV, Vergütungsvereinbarungen) liegt darin, dass es allgemein anerkannte Maßstäbe für die Personalbemessung in Pflegeheimen derzeit noch nicht gibt. Der Gesetzentwurf schlägt daher als vorläufigen Orientierungsmaßstab für eine sachgerechte Pflegezeitbedarfs- und Personalbemessung im Rahmen der LQV die Einführung von landesweiten oder regionalen Personalrichtwertvereinbarungen als Bestandteil der Rahmenverträge der Pflegeselbstverwaltung auf Landesebene vor. Die Personalrichtwerte, die auch als Bandbreiten vereinbart werden können, umfassen bei teil- oder vollstationärer Pflege wenigstens

– das Verhältnis zwischen der Zahl der Heimbewohner und der Zahl der Pflege- und Betreuungskräfte (in Vollzeitkräfte umgerechnet), unterteilt nach Pflegestufen (Personalanhaltszahlen), sowie
– im Bereich der Pflege, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege zusätzlich den Anteil der ausgebildeten Fachkräfte am Pflege- und Betreuungspersonal.

Darüber hinaus werden die Vertragsparteien in die Pflicht genommen, sich auf landesweite Personalbedarfsermittlungsverfahren zu verständigen. Mit diesen personalbezogenen Vertragselementen werden die Rahmenverträge über Maßstäbe und Grundsätze für eine wirtschaftliche und leistungsbezogene, am Versorgungsvertrag orientierte personelle Ausstattung der Pflegeheime weiter konkretisiert. Bei dem Abschluss der Vereinbarungen ist stets die Heimpersonalverordnung zu beachten.

3.1.3 Zusammenarbeit der staatlichen Heimaufsichtsbehörden mit den Medizinischen Diensten der Krankenversicherung

Ein gemeinsames Anliegen mit der Heimrechtsnovelle ist die Förderung der Zusammenarbeit der staatlichen Heimaufsichtsbehörden mit den MDK und mit den Sozialhilfeträgern. Die Vorschläge im Entwurf des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes hierzu lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die Landesverbände der Pflegekassen und der MDK arbeiten mit den Heimaufsichtsbehörden bei der Überprüfung zugelassener Pflegeheime eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach dem SGB XI und nach dem Heimgesetz durch

– gegenseitige Information und Beratung,
– Terminabsprachen für eine gemeinsame oder arbeitsteilige Überprüfung von Heimen oder
– Verständigung über die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr oder zur Qualitätssicherung

wirksam aufeinander abzustimmen. Dabei ist sicherzustellen, dass Doppelprüfungen nach Möglichkeit vermieden werden. Zur Verwirklichung der engen Zusammenarbeit sind die Landesverbände der Pflegekassen und der MDK berechtigt und auf Anforderung verpflichtet, der zuständigen Heimaufsichtsbehörde die ihnen nach dem SGB XI zugänglichen Daten über die Pflegeheime, insbesondere über die Zahl und Art der Pflegeplätze und der betreuten Personen (Belegung), über die personelle und sächliche Ausstattung sowie über die Leistungen und Vergütungen der Pflegeheime mitzuteilen. Erkenntnisse aus der Prüfung von Pflegeheimen sind vom MDK oder von den sonstigen Sachverständigen oder Stellen, die Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI durchführen, unverzüglich der zuständigen Heimaufsichtsbehörde mitzuteilen, soweit sie zur Durchführung des Heimgesetzes erforderlich sind. Durch Anordnungen der Heimaufsichtsbehörde bedingte Mehr- oder Minderkosten sind, soweit sie dem Grunde nach vergütungsfähig im Sinne des § 82 Abs. 1 SGB XI sind, in der nächstmöglichen Pflegesatzvereinbarung zu berücksichtigen. Der Widerspruch oder die Klage einer Pflegesatzpartei gegen die Beanstandung hat keine aufschiebende Wirkung.

3.1.4 Stärkung des Verbraucherschutzes

Zur Stärkung des Verbraucherschutzes wird die Beratung der Pflegebedürftigen weiter verbessert. Die Preisvergleichslisten, welche jede Pflegekasse ihren Versicherten spätestens mit der Bewilligung von häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege zu übermitteln hat, werden gezielt darauf ausgerichtet, die Pflegebedürftigen bei der Ausübung ihrer freien Wahl zwischen Einrichtungen und Diensten (§ 2 Abs. 2 SGB XI) zu unterstützen.

Darüber hinaus werden die Pflegekassen ermächtigt, sich zur Wahrnehmung ihrer Beratungsaufgaben nach dem SGB XI aus ihren Verwaltungsmitteln an der Finanzierung und arbeitsteiligen Organisation von Beratungsangeboten anderer Träger zu beteiligen (z. B. kommunale Beratungsstellen). Diese Möglichkeit bietet sich insbesondere für solche Pflegekassen an, die etwa wegen ihrer räumlichen Entfernung zu ihren Versicherten Schwierigkeiten haben, eine umfassende ortsnahe Beratung sicherzustellen.

Verletzt eine ambulante, teil- oder vollstationäre Pflegeeinrichtung ihre vertraglichen Verpflichtungen zu einer qualitätsgerechten Leistungserbringung, sind die vereinbarten Pflegevergütungen rückwirkend zugunsten der betroffenen Pflegebedürftigen oder ihrer Kostenträger zu kürzen. Schadensersatzansprüche der betroffenen Pflegebedürftigen nach anderen Vorschriften bleiben unberührt. Die Pflegekassen werden ermächtigt, in entsprechender Anwendung des § 66 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) ihre Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen gegen die Träger von Pflegeeinrichtungen zu unterstützen.

Bei Feststellung schwer wiegender, kurzfristig nicht behebbarer Mängel in der stationären Pflege sind die Pflegekassen verpflichtet, den betroffenen Heimbewohnern auf deren Antrag eine andere geeignete Pflegeeinrichtung zu vermitteln, welche die Pflege, Versorgung und Betreuung nahtlos übernimmt.

Stellt der MDK schwer wiegende Mängel in der ambulanten Pflege fest, kann die zuständige Pflegekasse dem Pflegedienst die weitere Betreuung des Pflegebedürftigen vorläufig untersagen. Die Pflegekasse hat dem Pflegebedürftigen in diesem Fall einen anderen geeigneten Pflegedienst zu vermitteln, der die Pflege nahtlos übernimmt; dabei ist soweit wie möglich das Wahlrecht des Pflegebedürftigen zu beachten.

Soweit der Träger der Pflegeeinrichtung die festgestellten Mängel (in entsprechender Anwendung des § 276 des Bürgerlichen Gesetzbuches) zu vertreten hat, haftet er gegenüber den betroffenen Pflegebedürftigen oder deren Kostenträgern für die Kosten, die durch die Vermittlung einer anderen ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtung entstehen.

Im Rahmen des parallel zum Entwurf des Pflege-Qualitätssicherungsgesetz von der Bundesregierung beschlossenen Entwurfs eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes ist zur Stärkung der Verbraucherrechte vorgesehen, dass Pflegebedürftige in Pflegeheimen künftig durch den von ihnen gewählten Heimbeirat bei der Vorbereitung und Durchführung der Pflegesatzverhandlungen zwischen dem Heimträger und den Kostenträgern (Pflegekassen, Sozialhilfeträger) mitwirken. Dazu gehört u. a. die Pflicht des Heimträgers, den Heimbeirat rechtzeitig vor der Aufnahme von Vergütungsverhandlungen mit den Pflegekassen zu einer geplanten Erhöhung der Pflegesätze oder Entgelte für Unterkunft und Verpflegung anzuhören und ihm Gelegenheit zu einer schriftlichen Stellungnahme zu geben. Im Entwurf des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes werden diese erweiterten Mitwirkungsrechte pflegebedürftiger Heimbewohner dadurch abgesichert, dass der Heimträger verpflichtet wird, die Stellungnahme des Heimbeirats den Unterlagen beizufügen, mit denen er die Pflegekassen zur Aufnahme von Pflegesatzverhandlungen auffordert. Es liegt in der Systematik des Pflegesatzverfahrens, dass die als Kostenträger betroffenen Vertragsparteien die Stellungnahme des Heimbeirats bei den Vertragsverhandlungen angemessen zu berücksichtigen haben.

Es wird sichergestellt, dass die Vorschriften des Heimgesetzes über den individuellen Heimvertrag zwischen dem Träger einer zugelassenen stationären Pflegeeinrichtung und den pflegebedürftigen Heimbewohnern auch für solche Pflegeheime entsprechend gelten, auf die das Heimgesetz keine Anwendung findet. Das betrifft insbesondere Pflegeheime, in denen Kinder und Jugendliche gepflegt werden.

Bei häuslicher Pflege übernimmt der zugelassene Pflegedienst spätestens mit Beginn des ersten Pflegeeinsatzes auch gegenüber dem Pflegebedürftigen die Verpflichtung, diesen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit (entsprechend den vom Pflegebedürftigen abgerufenen Leistungen) zu pflegen und hauswirtschaftlich zu versorgen (Pflegevertrag). Innerhalb von zwei Wochen nach dem ersten Pflegeeinsatz kann der Pflegebedürftige den Pflegevertrag ohne Angabe von Gründen und ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Soweit die von dem Pflegebedürftigen abgerufenen Leistungen den von der Pflegekasse zu zahlenden leistungsrechtlichen Höchstbetrag überschreiten, darf der Pflegedienst dem Pflegebedürftigen für die zusätzlich abgerufenen Leistungen keine höhere als die nach dem SGB XI vereinbarte Vergütung berechnen. Der Pflegedienst hat eine Verschlechterung des Zustands des Pflegebedürftigen der zuständigen Pflegekasse unverzüglich mitzuteilen.

3.2 Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes

Parallel zum Entwurf des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes hat die Bundesregierung am 1. November 2000 den Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Heimgesetzes beschlossen.

Das Heimgesetz ist 1974 als „Gesetz über Altenheime, Altenwohnheime und Pflegeheime für Volljährige (Heimgesetz)“ verabschiedet worden. Sein Zweck ist es, „die Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohner vor Beeinträchtigungen zu schützen, insbesondere die Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der Bewohner im Heim zu wahren“ sowie „die Beratung in Heimangelegenheiten zu fördern“. Das geltende Heimgesetz enthält Regelungen, die ihrer Natur nach Verwaltungsrecht, Zivilrecht und Ordnungswidrigkeitenrecht sind.

Sie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Es werden Anforderungen an die Qualität der Betreuung und des Wohnens in Heimen festgelegt.
- Es werden Vorgaben für die Verträge zwischen den Trägern von Heimen und den Bewohnerinnen und Bewohnern (nachstehend Bewohner genannt) gemacht.

– Die Mitwirkung von Bewohnern in Heimangelegenheiten wird festgeschrieben.

– Verwaltungsrechtliche und ordnungswidrigkeitenrechtliche Folgen von Verstößen gegen das Heimgesetz werden geregelt.

– Es wird eine Heimaufsicht eingerichtet, deren Aufgabe die Beratung in Heimangelegenheiten und die Heimüberwachung ist. Für sie gilt der Grundsatz: Beratung vor Überwachung.

Das Heimgesetz ist inzwischen 25 Jahre alt. Es hatte sich in der Vergangenheit – unbeschadet verschiedentlicher Vollzugsdefizite – insgesamt bewährt. Das Heimgesetz und die auf seiner Grundlage erlassenen Rechtsverordnungen hatten allein durch ihre Existenz eine präventive Wirkung entfaltet, weil sie konkrete Qualitätsstandards enthielten. Darüber hinaus konnten die Heimaufsichtsbehörden in unzähligen Fällen durch ihre Beratung oder durch ihr Einschreiten Qualitätsmängel in der Betreuung der Bewohner verhindern oder beseitigen.

Im Laufe der Jahre hat sich aber gezeigt, dass das Heimgesetz novelliert werden muss. Das Gesetz wurde im Jahre 1990 erstmalig novelliert und in der vergangenen Legislaturperiode zweimal geändert, 1996 und zuletzt durch das Zweite Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes vom 3. Februar 1997. Die Änderungen des Gesetzes in den Jahren 1996 und 1997 betrafen in erster Linie die Einbeziehung der Kurzzeitpflege in den Schutzbereich des Heimgesetzes, die Abschaffung des Erlaubnisvorbehalts für privatgewerbliche Heime sowie die Abstimmung von Regelungen des Heimgesetzes und des SGB XI. Diese geringfügigen Änderungen der letzten Legislaturperiode reichen aber nicht aus, um das Heimgesetz an die grundlegend veränderten gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen anzupassen und den im Bereich der Altenhilfe bestehenden Reformstau abzubauen. Zu den veränderten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gehören die deutliche Erhöhung des Durchschnittsalters beim Wechsel von der Wohnung in ein Heim und die Zunahme der Zahl der pflegebedürftigen Heimbewohner sowie des Grades der Pflegebedürftigkeit. Um diesen geänderten Rahmenbedingungen gerecht zu werden, bedarf es einer umfassenden Novellierung des Heimgesetzes, die auch die Änderungen umfasst, die eine weitere Anpassung von Heimgesetz und SGB XI zum Inhalt haben. Auch Berichte in den Medien über Pflegeskandale und Missstände in Heimen zeigen Handlungsbedarf an. Für ältere Menschen, insbesondere für Pflegebedürftige, und für behinderte Menschen ist es von entscheidender Bedeutung, bei Bedarf in einem Heim angemessen betreut, versorgt und gepflegt zu werden. Es ist Aufgabe des Staates, die notwendige Pflegequalität zu sichern. Im Einzelnen sind folgende Gründe für die Novellierung maßgebend:

a) In der letzten Zeit aufgetretene Pflegeskandale haben gezeigt, dass die Aufsicht über die Heime zum Teil intensiviert, insbesondere das Eingriffsinstrumentarium der Heimaufsicht verbessert werden muss.

b) Heimverträge sind in der Praxis in der Regel nicht hinreichend transparent. So ist z. B. eine Zuordnung von Entgelten zu Leistungen oft nur schwer möglich. Die Abwägung der Interessen ist nicht immer ausgewogen.

c) In vielen Heimen lassen sich aufgrund des hohen Alters und des Grades der Pflegebedürftigkeit der Bewohner nicht mehr genügend Personen für einen Heimbeirat finden. Damit ist eine Mitwirkung in Heimangelegenheiten nicht ausreichend gewährleistet.

d) Mit der Pflegeversicherung ist neben das externe Qualitätssicherungssystem des Heimgesetzes das externe Qualitätssicherungssystem des SGB XI getreten. Beide Systeme sind noch nicht ausreichend miteinander verzahnt. Trotz der gleich gelagerten Aufgabenstellung arbeiten Heimaufsichtsbehörden und MDK noch zu wenig zusammen. Zum Teil sehen sie sich auch mangels Regelungen über den Datenaustausch an einer Zusammenarbeit gehindert.

Die Rechtsstellung und der Schutz der Bewohner von Altenwohn-, Alten- und Pflegeheimen sowie Heimen für behinderte Menschen sollen mit der Neufassung des Heimgesetzes deutlich verbessert werden. Es geht um die Schaffung einer modernen, den Anforderungen der Praxis entsprechenden gesetzlichen Grundlage für die Betreuung älterer und behinderter Menschen in Heimen. Vorrangiges Ziel dabei ist es, ein an den Grundsätzen der Menschenwürde ausgerichtetes Leben im Heim zu sichern. Dazu gehört auch die Gewährleistung einer angemessenen Qualität der Betreuung und Pflege. Darüber hinaus ist Ziel der Neufassung die Beseitigung erkennbarer Mängel des geltenden Heimgesetzes, die Ausfüllung von Regelungslücken und die Erleichterung der Gesetzesanwendung durch klarstellende Regelungen. Dabei sollen gesetzliche Pflichten nicht einseitig zulasten des Trägers gehen; die Neufassung hat vielmehr das Ziel, einen sachgerechten Interessenausgleich herbeizuführen und Konflikte durch einen offenen und vertrauensvollen Umgang miteinander zu vermeiden. Dem Ziel der Qualitätssicherung in der Pflege dient auch die gleichzeitige Änderung des SGB XI durch das beabsichtigte Pflege-Qualitätssicherungsgesetz. Die Neufassung des Heimgesetzes und die Änderung des SGB XI ergänzen einander durch eine weitere Verzahnung ihrer Regelungsbereiche und durch eine geregelte Zusammenarbeit der Heimaufsicht mit dem MDK.

Die inhaltlichen Schwerpunkte lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Der Anwendungsbereich des Heimgesetzes wird klarer als bisher definiert. Insbesondere werden die Heime

von den vielfältigen neuen Formen des Betreuten Wohnens abgegrenzt. Es geht um die Klärung der Frage, bei welchen Projekten, die sich Betreutes Wohnen nennen, eine aus Sicht der Nutzer bzw. Bewohner heimmäßige Situation vorliegt, die eine Unterstellung unter den Anwendungsbereich des Heimgesetzes erforderlich macht. Das „echte“ Betreute Wohnen, bei dem der Vermieter lediglich allgemeine Betreuungsdienste, wie z. B. Notrufdienste oder Vermittlung von Pflegediensten anbietet, fällt nicht unter das Heimgesetz. Nicht nur für stationäre Einrichtungen, sondern auch für teilstationäre Einrichtungen (Einrichtungen der Tages- und der Nachtpflege) gilt jedoch künftig das Heimgesetz.

Die organisatorische und fachliche Dominanz des Heimträgers kann bei Abschluss von Heimverträgen dazu führen, dass die berechtigten Interessen des Bewerbers bzw. Bewohners nicht angemessen zur Geltung kommen. Daher muss eine ausreichende Transparenz des Vertragsverhältnisses gewährleistet werden. Der Bewerber um einen Heimplatz muss die Leistungen und Entgelte der im Wettbewerb miteinander stehenden Heime vergleichen und sich jederzeit einen Überblick darüber verschaffen können, ob das Entgelt angemessen ist und welche Entgeltbestandteile er für welche Leistungen zu entrichten hat. Deshalb müssen im Heimvertrag künftig nicht nur die einzelnen Leistungen des Trägers (Unterkunft, Verpflegung, Betreuung und weitere Leistungen), sondern auch die Entgeltbestandteile für diese einzelnen Leistungen gesondert aufgeführt werden. Außerdem sind die allgemeine Leistungsbeschreibung des Heims sowie eine Beschreibung der Ausstattung in den Heimvertrag aufzunehmen.

Im Interesse größerer Transparenz ist der Bewohner auf die Möglichkeiten späterer Leistungs- und Entgeltveränderungen hinzuweisen. Die Entgelterhöhung muss im Einzelnen beschrieben und begründet werden.

Es erfolgt eine bessere Verzahnung mit den Bestimmungen der Pflegeversicherung (SGB XI) und des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG).

Ferner wird die Mitwirkung des Heimbeirats erweitert. Sie erstreckt sich künftig auch auf die Qualitätssicherungsmaßnahmen, auf die Überwachung durch die Heimaufsicht sowie die Beteiligung an den Vergütungsverhandlungen. Außerdem soll die Effizienz des Heimbeirats durch dessen Öffnung für Dritte, die nicht im Heim wohnen, sichergestellt werden. Angehörige und sonstige Vertrauenspersonen der Heimbewohner werden ausdrücklich als passiv Wahlberechtigte genannt. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass es in vielen Fällen große Schwierigkeiten bereitet, Heimbeiräte zu bilden.

Die Vorschriften zur Überwachung der Heime werden insbesondere mit der Zielrichtung der Qualitätssicherung im Heim durch Ergänzungen und Präzisierungen des bisherigen Gesetzeswortlauts umgestaltet. Die Anforderungen an den Heimbetrieb werden erweitert. Entsprechend werden die mit der Anzeige verbundenen Angaben gegenüber dem bisherigen Recht ergänzt. Es ist eine Erhöhung der Prüfungsfrequenz vorgesehen. Die Heimaufsicht hat in der Regel mindestens einmal pro Jahr eine Prüfung vorzunehmen. Diese Prüfungen können jederzeit angemeldet oder unangemeldet erfolgen. Durch den neu aufgenommenen § 16 ist klargestellt, dass bei aufgetretenen Mängeln zunächst der Heimträger beraten werden soll, bevor einschneidendere Maßnahmen (Anordnungen nach § 17 Heimgesetz oder gar eine Betriebsuntersagung nach § 19 Heimgesetz) erfolgen. Eine auf den konkreten Einzelfall zugeschnittene Beratung ist wichtiger und effektiver als Kontrollen und Anordnungen. Es ist beabsichtigt, den Heimträgern in der Heimaufsicht einen kompetenten Ansprechpartner für die Beratung zur Seite zu stellen.

Ziel ist es ferner, die Zusammenarbeit der Heimaufsichtsbehörden mit den beteiligten Pflegekassen, dem MDK und den Trägern der Sozialhilfe durch die Bildung von Arbeitsgemeinschaften zu institutionalisieren.

Die genannten Schwerpunkte werden ergänzend flankiert durch Berichte der Bundesregierung sowie Tätigkeitsberichte der Heimaufsichtsbehörden.

3.3 Verbesserung der Versorgungssituation dementer Menschen

Die bessere Berücksichtigung des besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarfs des Personenkreises der geistig behinderten, psychisch kranken und geronto-psychiatrisch veränderten Menschen (im Folgenden als „Demente“ bezeichnet) ist eines der drängendsten Probleme in der Pflegeversicherung. Das Gesetz sowie alle weiteren Regelungen zur Umsetzung der Pflegeversicherung haben zwar durchaus die Gleichbehandlung psychisch Kranker, geistig Behinderter und demenziell erkrankter Menschen zum Ziel, deren Pflegebedürftigkeit auf einer körperlichen Erkrankung beruht[7]. Jedoch geht der Hilfe- und Betreuungsbedarf dementer Menschen oftmals über den Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität (Grundpflege) und hauswirtschaftliche Versorgung hinaus, den die Pflegeversicherung für ihre Leistungen ausschließlich zugrunde legt. Dies wird von den Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen, die in hohem Maße physisch und psychisch belastet sind, als unbefriedigend empfunden. Die stärkere Berücksichtigung des nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Hilfe- und Betreuungsbedarfs Dementer im Rahmen der Pflegeversicherung ist daher eine der Hauptforderungen aller am Pflegegeschehen Beteiligten und ein zentrales

[7] siehe hierzu unter C.IV.1.5.

Anliegen der Bundesregierung. Angesichts des derzeit sehr begrenzten finanziellen Spielraums für Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung ist es allerdings nicht möglich, die Demenzproblematik vollständig zu lösen, der Teilsicherungscharakter der Pflegeversicherung wird grundsätzlich auch in diesem Bereich nicht verändert werden können.

Handlungsbedarf besteht vorrangig im ambulanten Bereich, dort ist eine Entlastung in der Versorgungssituation Dementer besonders dringlich. Dies insbesondere mit Blick auf die pflegenden Angehörigen, die durch die Pflege und die allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung des dementen Angehörigen letztendlich rund um die Uhr zeitlich beansprucht werden, weil sie den Pflegebedürftigen nicht allein lassen können.

Im stationären Bereich setzen notwendige Verbesserungen bei der Betreuung dementer Heimbewohner Leistungsverbesserungen der Pflegeversicherung nicht voraus. Denn die in stationären Einrichtungen entstehenden Aufwendungen für den besonderen Hilfe- und Betreuungsbedarf können bereits jetzt aufgrund des gesetzlich eingeräumten Anspruchs des Heimträgers auf eine leistungsgerechte Vergütung in den Heimentgelten Berücksichtigung finden, die Aufwendungen der sozialen Betreuung sind pflegesatzfähig. Damit besteht nach dem Vergütungssystem in der Pflegeversicherung auf der Entgeltseite die Möglichkeit zur Refinanzierung der Aufwendungen für die allgemeine Betreuung Demenzkranker in stationären Pflegeeinrichtungen. Im Übrigen wird den Pflegeheimträgern mit dem im Entwurf des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes vorgesehenen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen ein neues Instrument an die Hand gegeben, mit dem einerseits die Leistungs- und Belegungsstrukturen und andererseits der hierfür erforderliche personelle und sächliche Aufwand verbindlich vereinbart werden können.

Dies wird im Interesse der Einrichtungen dazu führen, dass die Vergütungsverhandlungen künftig auf der Grundlage von verbindlichen Strukturdaten der Einrichtungen geführt werden, die es erlauben, den Anspruch auf leistungsgerechte Vergütungen wirksamer als bisher durchzusetzen; denn die für die Preiskalkulation maßgeblichen Eckdaten müssen künftig in den Vergütungsverhandlungen Berücksichtigung finden. Der maßgerechte Zuschnitt derartiger Vereinbarungen auf die jeweilige Klientel eines Pflegeheimes kommt insbesondere demenziell erkrankten Heimbewohnern zugute. Ihr besonderer Bedarf an sozialer Betreuung kann über das neue Vertragsinstrument genau abgebildet und entsprechend vergütungsmäßig berücksichtigt werden.

Derzeit stehen für Leistungsverbesserungen in der Pflegeversicherung jährlich rd. 0,5 Mrd. DM zur Verfügung. Bei diesem Betrag sinkt der Mittelbestand der Pflegeversicherung nicht unter die gesetzliche Finanzreserve von 1,5 Monatsausgaben ab. Dieser Finanzspielraum lässt nicht zu, den allgemeinen Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu den einzelnen Stufen zu berücksichtigen. Denn nach Berechnungen des BMG würde ein Zeitzuschlag in Höhe von 30 oder 40 Minuten, wie er u. a. von den Ländern Bayern und Baden-Württemberg in dem Entwurf eines Pflege-Zukunftssicherungsgesetzes vorgeschlagen wurde, für die Pflegeversicherung eine finanzielle Mehrbelastung von mindestens 1,5 bis 2 Mrd. DM jährlich bedeuten. Mehrbelastungen in dieser Größenordnung sind mit dem gesetzlich festgelegten Beitragssatz von 1,7 v. H. nicht zu finanzieren.

Trotz des sehr begrenzten finanziellen Spielraums soll – wie dies auch in dem Beschluss der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Bundestagsdrucksache 14/4391 vom 24. Oktober 2000 gefordert wird – im Interesse der betroffenen dementen Menschen bereits jetzt ein erster Schritt zur Verbesserung ihrer Versorgungssituation getan werden, und zwar mit einem Konzept, das finanziell verantwortbar ist und mit dem gleichzeitig möglichst viel für die Betroffenen – die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen – erreicht werden kann.

Mit einem Bündel an Maßnahmen sollen

– für die pflegenden Angehörigen zusätzliche Möglichkeiten der dringend notwendigen Entlastung geschaffen,
– für die Pflegebedürftigen während der Entlastungsphase der Angehörigen möglichst aktivierende Betreuungsangebote zur Verfügung gestellt,
– strukturpolitisch sinnvolle Weichenstellungen vorgenommen werden.

Entsprechend diesen Zielvorstellungen befindet sich ein Gesetzentwurf in Vorbereitung mit dem gezielte Leistungsverbesserungen für Demente, insbesondere mit zusätzlicher und verbesserter Beratung und mehr Betreuung für Demente sowie Entlastung der pflegenden Angehörigen, auch unter Einbeziehung niedrigschwelliger Angebote, vorgesehen werden.

Die Aufgabe, die schwierige Situation von dementen Menschen und ihren pflegenden Angehörigen zu erleichtern, kann nicht allein mit Mitteln der Pflegeversicherung bewältigt werden, es handelt sich hier vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, gefordert ist das Mitdenken und Mitwirken auf verschiedenen Ebenen, gefordert sind alle Beteiligten, Bund, Länder, Kommunen, Sozialhilfeträger, Pflegekassen, Kirchen, Wohlfahrtsverbände und auch private Initiativen.

II. Anzahl und Struktur der Leistungsempfänger

Für die Beurteilung des Ist-Standes und der weiteren Entwicklung der Pflegeversicherung ist die Zahl der

Pflegebedürftigen von herausragender Bedeutung. Die Zahl der Empfänger von Versicherungsleistungen und ihre Verteilung auf die einzelnen Pflegestufen sind die entscheidenden Einflussfaktoren für die Ausgabenentwicklung der Pflegeversicherung.

Derzeit gibt es in der sozialen und privaten Pflegeversicherung rd. 1,35 Millionen Empfänger von ambulanten und rd. 0,58 Millionen Empfänger von stationären Leistungen der Pflegeversicherung. Darin enthalten sind rd. 55 000 Personen mit stationären Leistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Insgesamt erhalten also rd. 1,93 Millionen Pflegebedürftige die ambulanten und stationären Leistungen der Pflegeversicherung.

1. Soziale Pflegeversicherung

1.1 Zahl der Leistungsempfänger

Nach der Geschäftsstatistik der Pflegekassen bezogen zum Ende 1999 rd. 1,28 Millionen Pflegebedürftige ambulante Leistungen der Pflegeversicherung.

Vollstationäre Leistungen erhielten Ende 1999 rd. 550 000 Pflegebedürftige, darunter rd. 55 000 stationäre Leistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Die Zahl der Leistungsempfänger ist seit Einführung der Pflegeversicherung deutlich gestiegen[8]. Dies ist zum einen auf Effekte zurückzuführen, die mit der Einführung einer neuen Sozialversicherungsleistung zwangsläufig verbunden sind, wie anfängliche Verzögerungen bei der Begutachtung und Leistungsbewilligung und ein zunehmendes Bekanntwerden der Leistungen bei den potenziellen Leistungsempfängern.

Zum anderen führt die zunehmende Lebenserwartung zu einer steigenden Zahl älterer Menschen, die ein höheres Pflegerisiko haben als Jüngere. Damit steigt auch die Zahl der Pflegebedürftigen an (demographischer Effekt).

Zukünftig dürfte sich der Anstieg der Pflegebedürftigenzahl im Verhältnis zum bisherigen Verlauf abschwächen, da nur der demographische Effekt dauerhaft wirkt.

Der in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg der Pflegebedürftigenzahlen war im stationären Bereich relativ stärker als im ambulanten Bereich.

1.2 Leistungsempfänger nach Pflegestufen

Von den ambulant Pflegebedürftigen waren Ende 1999[9]

– 668 000 Personen (= 52,2 v. H.) der Pflegestufe I zugeordnet und hatten Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 400 DM oder Sachleistungen bis zu 750 DM monatlich,

– 472 000 Personen (= 36,9 v. H.) der Pflegestufe II zugeordnet und hatten Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 800 DM oder Sachleistungen bis zu 1 800 DM monatlich,

– 140 000 Personen (= 10,9 v. H.) der Pflegestufe III zugeordnet und hatten Anspruch auf Pflegegeld in Höhe von 1 300 DM oder Sachleistungen bis zu 2 800 DM monatlich.

Rund 1 200 Pflegebedürftige in der Pflegestufe III (= 0,8 v. H. der Pflegestufe III) waren als Härtefall mit einem Sachleistungsanspruch von bis zu 3 750 DM monatlich anerkannt.

Von den stationär Pflegebedürftigen in zugelassenen Pflegeeinrichtungen oder in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe[10] waren Ende 1999

– 204 000 Personen (= 37,4 v. H.) in der Pflegestufe I und erhielten eine pauschale Leistung von 2 000 DM monatlich oder, soweit es sich um Behinderte in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe handelt, bis zu 500 DM monatlich,

– 227 000 Personen (= 41,5 v. H.) in der Pflegestufe II und erhielten eine pauschale Leistung von 2 500 DM monatlich und

– 115 000 Personen (= 21,1 v. H.) in der Pflegestufe III und erhielten eine pauschale Leistung von 2 800 DM monatlich.

Rund 2 300 Pflegebedürftige in der Pflegestufe III (= 2,0 v. H. der Pflegestufe III) waren im stationären Bereich als Härtefälle mit einem monatlichen Leistungsanspruch von bis zu 3 300 DM anerkannt.

Einen Überblick über die Entwicklung der Leistungsempfänger insgesamt gibt die Grafik 3.

Bei den Empfängern ambulanter Leistungen ist in den letzten Jahren der Anteil der Pflegestufe I bei Verringerung insbesondere des Anteils der Pflegestufe II gestiegen. Dies dürfte auf die hohe Zahl derjenigen Pflegebedürftigen zurückzuführen sein, die bereits Pflegeleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten hatten und nach dem Willen des Gesetzgebers ohne weitere Begutachtung in die Pflegestufe II der sozialen Pflegeversicherung übernommen wurden. Ihr zunächst überproportional hoher Anteil geht im Laufe der Jahre stetig zurück.[11]

[8] vgl. Anlage 1.

[9] vgl. Grafik 1.

[10] vgl. Grafik 2.

[11] Über die absolute Entwicklung im ambulanten Bereich gibt die Grafik 4 einen Überblick.

Im stationären Bereich ist der Anteil der Pflegestufe I zulasten der Pflegestufe III gewachsen. Dahinter könnte zum einen eine vermehrte Antragstellung nur leicht Pflegebedürftiger stehen. Zum anderen könnte eine durch konkretisierte Begutachtungs-Richtlinien und Gutachterschulung vereinheitlichte Einstufung der Pflegebedürftigen durch die Medizinischen Dienste zu der Veränderung beigetragen haben. Ob und in welchem Ausmaß sich diese Entwicklungen auch zukünftig fortsetzen werden, kann nicht vorausgesagt werden.[12]

1.3 Leistungsempfänger nach Leistungsarten

Von den Leistungsarten hat nach wie vor das Pflegegeld die größte Bedeutung. Im Jahresdurchschnitt 1999 wählten 52 v. H. der Leistungsempfänger diese Leistungsart, gefolgt von vollstationärer Pflege (26 v. H.), Kombinationsleistung (10 v. H.), Pflegesachleistung (8 v. H.) und vollstationärer Pflege in Behinderteneinrichtungen (3 v. H.). Die übrigen Leistungsarten (Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson) haben entsprechend ihrem Charakter als ergänzende oder zeitlich befristete Leistung nur ein geringes Gewicht.[13]

Die Verteilung auf die Leistungsarten unterscheidet sich deutlich nach den Pflegestufen: In Pflegestufe I besteht ein deutliches Übergewicht des Pflegegeldes, in Pflegestufe II nimmt dessen Bedeutung zugunsten der Kombinationsleistung und der vollstationären Pflege ab, in Pflegestufe III schließlich ist die vollstationäre Pflege vor dem Pflegegeld die wichtigste Leistungsart.

Im Zeitablauf ist der Anteil der Pflegegeldempfänger zurückgegangen. Dagegen sind die Anteile der Empfänger von Pflegesachleistung, Kombinationsleistung und vollstationärer Pflege jeweils leicht gestiegen. Relativ am stärksten zugenommen hat von einem niedrigen Niveau aus die Inanspruchnahme der Tages- und Nachtpflege.[14]

Sowohl die Ausgaben als auch die Zahl der Pflegepersonen, für die Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden (soziale Sicherung der Pflegepersonen), haben sich in den ersten Jahren nach Einführung der Pflegeversicherung deutlich erhöht. Dies geht insbesondere auf die anfangs zögerliche Erfassung der rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen zurück. Deshalb enthalten die Ausgaben der Jahre 1996 und 1997 in erheblichem Umfang Nachzahlungen für die Vorjahre. Ab 1998 ist ein leichter Rückgang der Ausgaben zu verzeichnen. Darin spiegeln sich der gesunkene Rentenversicherungsbeitragssatz und die Strukturverschiebung bei der Inanspruchnahme hin zu mehr Sach- und vollstationären Leistungen, bei denen weniger bzw. keine Rentenversicherungsbeiträge gezahlt werden, wider. Bei den rentenversicherungspflichtigen Pflegepersonen handelt es sich zu über 90 % um Frauen.

[12] Die Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im stationären Bereich verdeutlicht die Grafik 5.

[13] Wie sich diese Leistungsarten entwickelten, zeigt die Grafik 6.

[14] vgl. Anlage 2.

Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Bezeichnung						
Ausgaben in Mrd. DM	0,60	1,81	2,32	2,26	2,21	2,10
Empfänger[1)]	394 000	531 000	575 000	574 000	512 000	
Frauenanteil in %	*94*	*94*	*94*	*93*	*93*	

[1)] 1999 vorläufiger Wert, der sich durch Nacherfassungen deutlich erhöhen wird.

1.4 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht

Pflegebedürftigkeit ist ein Schicksal, das sich stark auf den Personenkreis der Hochbetagten konzentriert. Am Jahresende 1999 waren bei den ambulant Pflegebedürftigen knapp 45 v. H. älter als 80 Jahre, im stationären Bereich sogar gut 60 v. H.

Der festzustellende leichte Rückgang des Anteils der Hochbetagten an den Pflegebedürftigen dürfte im Wesentlichen darauf zurückgehen, dass die weniger stark besetzten Geburtsjahrgänge des 1. Weltkrieges in die Altersgruppe der über 80-jährigen hineingewachsen sind.

Die Mehrzahl der Pflegebedürftigen ist aufgrund der höheren Lebenserwartung Frauen. Ihr Anteil an den stationär Pflegebedürftigen ist mit gut 75 v. H. deutlich höher als bei den ambulant Pflegebedürftigen (65 v. H.).

2. Private Pflege-Pflichtversicherung

2.1 Zahl der Leistungsempfänger

Nach der Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung bezogen Ende 1999 rd. 71 000 Pflegebedürftige ambulante und rd. 32 000 stationäre Leistungen der privaten Pflege-Pflichtversicherung. Die stationären Leistungen in Einrichtungen der Behindertenhilfe werden nicht separat erfasst, dürften jedoch auch zahlenmäßig von untergeordneter Bedeutung sein.

Die private Pflege-Pflichtversicherung verzeichnet einen prozentual fast doppelt so starken Anstieg der Pflegebedürftigenzahl wie die soziale Pflegeversicherung. Der Anstieg vollzog sich – wie in der sozialen Pflegeversicherung – überproportional im stationären Bereich. Ursache hierfür ist, dass die durchschnittlich jüngeren Versicherten in den letzten Jahren verstärkt in die Altersgruppen mit einem höheren Pflegerisiko hineinwachsen.

2.2 Leistungsempfänger nach Pflegestufen

Die Pflegebedürftigen verteilten sich Ende 1999 wie folgt auf die Pflegestufen:

ambulant		stationär	
Pflegestufe I	47,3 v. H.	Pflegestufe I	22,8 v. H.
Pflegestufe II	38,1 v. H.	Pflegestufe II	45,1 v. H.
Pflegestufe III	14,4 v. H.	Pflegestufe III	32,0 v. H.

Es zeigt sich, dass in der privaten Pflege-Pflichtversicherung die höheren Pflegestufen ein größeres Gewicht haben als in der sozialen Pflegeversicherung. Ursache hierfür dürften hauptsächlich strukturelle Besonderheiten des versicherten Personenkreises der privaten Pflege-Pflichtversicherung sowie das höhere Durchschnittsalter der Pflegebedürftigen sein.

Auch bei der privaten Pflege-Pflichtversicherung hat sich in den letzten Jahren der Anteil der unteren Pflegestufen an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen erhöht. Die Unterschiede zur sozialen Pflegeversicherung bei der Verteilung auf die Pflegestufen haben abgenommen.

2.3 Leistungsempfänger nach Alter und Geschlecht

Wie in der sozialen Pflegeversicherung ist ein großer Teil der Pflegebedürftigen über 80 Jahre alt. Bei den ambulant Pflegebedürftigen waren es Ende 1999 rd. 50 v. H. und im stationären Bereich sogar rd. 75 v. H.

Auch hier ist die Mehrzahl der Pflegebedürftigen Frauen. Ihr Anteil ist allerdings im ambulanten Bereich mit rd. 55 v. H. niedriger als in der sozialen Pflegeversicherung, während er im stationären Bereich ebenfalls bei 75 v. H. liegt.

Eine Aufgliederung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Leistungsarten geht aus den Daten der privaten Pflege-Pflichtversicherung nicht hervor. Sie ist allerdings bei den Leistungsausgaben möglich.

III. Finanzielle Situation der Pflegeversicherung

1. Soziale Pflegeversicherung

Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung lässt sich am besten anhand der Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung (Liquiditätsrechnung) darstellen, da nur sie den tatsächlich am Jahresende vorhandenen Mittelbestand ohne Forderungen und Verpflichtungen ausweisen.

1.1 Finanzentwicklung

Die soziale Pflegeversicherung hatte im Jahr ihrer Einführung 1995 einen hohen Einnahmeüberschuss von rd. 6,7 Mrd. DM zu verzeichnen.

Dieser hohe Überschuss ging im Wesentlichen darauf zurück, dass die Beitragszahlung drei Monate vor der Leistungsgewährung einsetzte. Der spätere Leistungsbeginn sollte finanzielle Anlaufschwierigkeiten in der Startphase vermeiden und den Grundstock für eine Finanzreserve bilden. Auch verspätete Leistungsaufwendungen, die durch den anfänglichen Bearbeitungsstau bei der ambulanten Pflege für das Jahr 1995 erst 1996 getätigt werden konnten, trugen zur Höhe des Einnahmeüberschusses im Jahr 1995 bei.

Mit Einführung der vollstationären Pflegeleistungen 1996 ging der Überschuss auf 2,3 Mrd. DM zurück.

1997 hatte die soziale Pflegeversicherung

Einnahmen von	31,18 Mrd. DM,
Ausgaben von	29,61 Mrd. DM,
und damit einen	
Einnahmeüberschuss von	1,57 Mrd. DM.

Der Mittelbestand betrug am Jahresende 9,5 Mrd. DM.

Im Jahr 1997 wurden bei einem Beitragssatz von 1,7 v. H. erstmals die vollstationären Leistungen für ein ganzes Kalenderjahr gewährt. Entsprechend sind die Einnahmen- und Ausgabensummen erst ab diesem Jahr mit den Folgejahren vergleichbar.

Im Jahr 1998 betrugen die

Einnahmen	31,30 Mrd. DM und die
Ausgaben	31,05 Mrd. DM.

Der Einnahmeüberschuss von	0,25 Mrd. DM

führte zu einem Anstieg des Mittelbestandes Ende 1998 auf 9,75 Mrd. DM.

Für den starken Rückgang des Einnahmeüberschusses sind insbesondere zwei Faktoren verantwortlich. Bei den Einnahmen fällt der Anstieg aufgrund einer Veränderung der Regelung über die Fälligkeit der Sozialversicherungsbeiträge im Jahr 1997 niedriger aus als dies sonst der Fall gewesen wäre (Beiträge für bis zum 15. des Monats gezahlte Löhne wurden ab Januar 1997 noch im Laufe des Monats fällig und nicht erst wie vorher im Folgemonat. Deshalb gingen diese Beiträge 1997 dreizehnmal statt zwölfmal in die Einnahmesumme ein, 1998 dagegen wie üblich wieder nur zwölfmal). Bei den Ausgaben sind neben dem Anstieg der Pflegebedürftigenzahl Nachzahlungen für stationäre Pflegeleistungen für den starken Zuwachs von gut 1,4 Mrd. DM gegenüber dem Vorjahr verantwortlich.

1999 schließlich hatte die soziale Pflegeversicherung bei

Einnahmen von	31,92 Mrd. DM und
Ausgaben von	31,98 Mrd. DM

erstmals einen geringfügigen	
Ausgabenüberschuss von	0,06 Mrd. DM.

Der Mittelbestand ging dadurch auf 9,68 Mrd. DM am Jahresende zurück. Davon bildeten rd. 4 Mrd. DM die gesetzlich vorgeschriebene Finanzreserve von 1,5 Monatsausgaben.

Trotz des erstmaligen geringfügigen Defizits sind die Einnahmen wieder stärker gestiegen als im Vorjahr und der Ausgabenanstieg hat sich abgeflacht[15].

1.2 Ausgabenstruktur

Aus der Ausgabenstruktur des Jahres 1999 lassen sich die bedeutendsten Kostenfaktoren ablesen.

[15] vgl. Anlage 3.

Von den Gesamtausgaben entfallen rd. 95 v. H. auf die Leistungsausgaben und rd. 5 v. H. auf die Verwaltungskosten einschließlich der Kosten für den MDK. Innerhalb der Leistungsausgaben ist vom Volumen her die vollstationäre Pflege am bedeutendsten (46,2 v. H.). Danach kommen Pflegegeld (27,3 v. H.) und Pflegesachleistung (13,7 v. H.).

Im Zeitverlauf bestätigen sich die Aussagen über die Strukturveränderungen bei den Leistungsempfängern auch bei den Ausgaben. Der Anteil der Pflegesachleistung und der vollstationären Pflege an den Leistungsausgaben steigt kontinuierlich zulasten des Pflegegeldes an.

1.3 Perspektiven

Die soziale Pflegeversicherung hat seit ihrer Einführung ein Finanzpolster von rd. 9,7 Mrd. DM aufgebaut. Gleichwohl stehen diese Mittel nicht zur freien Verfügung. Rund 4,2 Mrd. DM bilden derzeit die gesetzlich vorgeschriebene Finanzreserve von 1,5 Monatsausgaben, die die Pflegekassen zur reibungslosen Abwicklung des Zahlungsverkehrs benötigen.

Der verbleibende Überschuss dient vorrangig zur Abfederung der Mehrausgaben, die sich aus der demographischen Entwicklung und strukturellen Änderungen im Inanspruchnahmeverhalten der Leistungsempfänger ergeben:

– Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird auch in Zukunft weiter zunehmen, da die Lebenserwartung der Menschen in Deutschland steigt. Dadurch erhöht sich die Zahl der hochbetagten Menschen, die ein wesentlich größeres Risiko haben, pflegebedürftig zu werden als jüngere Altersgruppen.
– Aufgrund abnehmender familiärer Pflegepotenziale dürfte sich die schon bisher feststellbare Tendenz fortsetzen, dass die Pflegebedürftigen vermehrt die teurere Pflegesachleistung oder vollstationäre Pflege anstelle des Pflegegeldes wählen.

Berücksichtigt man diese Entwicklungen bei der mittelfristigen Finanzprognose, so ist zu erwarten, dass sie zusammen mit den Mehrausgaben für die Leistungsverbesserungen des 4. SGB XI-Änderungsgesetzes und den Mindereinnahmen durch die Absenkung der Bemessungsgrundlage für die Pflegeversicherungsbeiträge der Bezieher von Arbeitslosenhilfe in den nächsten Jahren voraussichtlich vorübergehend zu Defiziten führen werden, die eine Größenordnung von jährlich bis zu 0,3 Mrd. DM erreichen dürften.

Bei Zugrundelegung der derzeitigen Rechtslage wird die defizitäre Entwicklung jedoch voraussichtlich nicht von Dauer sein, da die Einnahmen auf Basis der jüngsten Eckwerte der Bundesregierung von Oktober 2000 etwas schneller wachsen als die Ausgaben. Spätestens ab dem Jahre 2003 werden sich voraussichtlich wieder Überschüsse einstellen.

Die vorübergehend defizitäre Entwicklung der Pflegeversicherung stellt keine Gefahr für ihr finanzielles Fundament dar. Unter Berücksichtigung der Rückzahlung eines dem Bund im Jahre 1995 von der Pflegeversicherung gewährten Darlehens von 1,1 Mrd. DM zur Finanzierung von Investitionen in Pflegeeinrichtungen in den neuen Bundesländern im Jahr 2002 wird der Mittelbestand der Pflegeversicherung voraussichtlich nicht unter 9 Mrd. DM absinken und damit weit oberhalb der gesetzlich vorgeschriebene Finanzreserve von 1,5 Monatsausgaben (derzeit rd. 4,2 Mrd. DM) bleiben.

Die Bundesregierung beabsichtigt, den bestehenden finanziellen Spielraum für Leistungsverbesserungen für Demente zu verwenden, ohne dadurch die Beitragssatzstabilität mittelfristig zu gefährden[16].

Zur langfristigen Finanzentwicklung siehe unter C.XVII.

2. Private Pflege-Pflichtversicherung

Auskunft über die Finanzentwicklung in der privaten Pflege-Pflichtversicherung geben – neben den Angaben des Verbandes der privaten Krankenversicherung – die jährlichen Nachweise der Versicherungsunternehmen gegenüber dem Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen.

Wegen der unterschiedlichen Finanzierungsverfahren (Umlageverfahren in der sozialen, Kapitaldeckungsverfahren in der privaten Pflege-Pflichtversicherung) ist ein Vergleich mit der sozialen Pflegeversicherung nur eingeschränkt möglich.

2.1 Finanzentwicklung

Auch die private Pflege-Pflichtversicherung hatte 1995 aufgrund des 3-monatigen Beitragsverlaufs einen hohen Einnahmeüberschuss, der in den Folgejahren niedriger ausfiel.

Im Jahr 1997 standen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Einnahmen von	4,77 Mrd. DM,
Gesamtaufwendungen von	4,60 Mrd. DM
gegenüber, sodass nach Steuern	
ein Einnahmeüberschuss von	0,17 Mrd. DM verblieb.

Im Jahr 1998 hatte die private Pflege-Pflichtversicherung

Einnahmen von	4,92 Mrd. DM,
Gesamtaufwendungen von	4,69 Mrd. DM
und damit einen	
Einnahmeüberschuss von	0,23 Mrd. DM.

[16] siehe hierzu unter C.I.3.3.

Im Jahr 1999 schließlich ergaben sich

Einnahmen von	6,35 Mrd. DM,
Gesamtaufwendungen von	6,14 Mrd. DM
und damit ein	
Einnahmeüberschuss von	0,21 Mrd. DM.

Die Vergleichbarkeit mit dem Vorjahr ist dadurch erschwert, dass im Rahmen der Bruttoverbuchung eine Zuführung von Rückstellungen für Beitragsrückerstattung zu den Deckungsrückstellungen in Höhe von 1,44 Mrd. DM sowohl in den Einnahmen als auch in den Aufwendungen enthalten ist.

Ein Teil des Überschusses musste bei den Unternehmen verbleiben, um eine vorgeschriebene Eigenkapitalausstattung in Höhe von 5 v. H. des jährlichen Beitragsvolumens zu bilden.

Der Aufbau des Kapitalstocks schreitet zügig voran. Seit Beginn der Pflegeversicherung 1995 wurden insgesamt rd. 12,5 Mrd. DM an Rückstellungen angesammelt.

2.2 Struktur der Aufwendungen

Die Unterschiede zur sozialen Pflegeversicherung im Finanzierungsverfahren werden in der Struktur der Aufwendungen besonders deutlich.

So dienten 1999 58 v. H. der Aufwendungen zum Aufbau des Kapitalstocks (Zuführung zu den Deckungsrückstellungen) sowie weitere 12 v. H. als Rückstellung zur Abfederung späterer Beitragsanhebungen. Demgegenüber haben die Leistungsausgaben mit 13 v. H. einen relativ geringen Anteil an den Gesamtaufwendungen. Auffällig hoch ist dagegen mit 8 v. H. der Anteil der Verwaltungskosten in einer weiten Abgrenzung (insbesondere einschließlich der Abschlusskosten und Kosten für den Begutachtungsdienst „MEDICPROOF“).

Innerhalb der Leistungsausgaben war 1999 die vollstationäre Pflege am bedeutendsten (48 v. H.), gefolgt von Pflegegeld (24 v. H.) und Pflegesachleistung (17 v. H.).

IV. Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

1. Begutachtung

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) prüfen im Auftrag der Pflegekassen nach § 18 SGB XI das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und empfehlen der Pflegekasse die Zuordnung zu einer Pflegestufe. Eine Begutachtung durch einen MDK ist damit eine grundlegende Voraussetzung für den

Anspruch auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung.

1.1 Rechtliche Grundlagen

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu den Pflegestufen richten sich – wie bisher – nach den gesetzlichen Vorschriften der §§ 14 und 15 SGB XI und den von den Spitzenverbänden der Pflegekassen beschlossenen

- Pflegebedürftigkeits-Richtlinien vom 7. November 1994[17],
- den Begutachtungs-Richtlinien vom 21. März 1997 sowie
- den Härtefall-Richtlinien vom 10. Juli 1995[18].

1.2 Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung (Zeitkorridore)

Die Begutachtungs-Richtlinien sehen Zeitkorridore für die Verrichtungen des täglichen Lebens vor, um eine Vereinheitlichung der Pflegezeitbemessung – bei gleichzeitiger Gewährleistung uneingeschränkter Individualität im Einzelfall – zu erreichen. Die Orientierungswerte sollten anhand der Ergebnisse eines Forschungsprojektes „Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung“ auf ihre Eignung und Angemessenheit überprüft werden und waren deshalb zunächst bis zum bis 31. Dezember 1999 befristet. Da das Forschungsprojekt nicht rechtzeitig abgeschlossen werden konnte, wurde die Befristung bis zum 31. Dezember 2000 verlängert. Die inzwischen vorliegenden Ergebnisse des Forschungsprojektes bestätigen insgesamt die Richtigkeit und Angemessenheit der Zeitkorridore. Sie zeigen zudem, dass es gegenwärtig keine bekannten Verfahren für eine bessere und zeitgenauere Ermittlung der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung gibt. Angesichts dieser Sachlage werden die Zeitkorridore auch künftig wichtige Anhaltswerte bei der Pflegezeitbemessung sein.

1.3 Änderung des Gutachtenformulars

In der Pflegebegutachtung stand der MDK häufig wegen zu langer Bearbeitungszeiten in der öffentlichen Kritik. Die Dokumentations-, vor allem aber die Darstellungsbreite erhöht die Bearbeitungszeit zulasten der Antragsteller und belastet die Ressourcen der MDK im Bereich der Pflegeversicherung zusätzlich. Deshalb wurde ein Gutachtenformular entwickelt, das unter Wahrung der in den Begutachtungs-Richtlinien geforderten Inhalte eine deutliche Arbeitserleichterung für den Schreibdienst bewirkt, die Nachvollziehbarkeit und Übersichtlichkeit des Gutachtens verbessert und die Ergebnisse der bisherigen Qualitätssicherung und Fachdiskussionen einbezieht.

Auch mit dieser Neufassung des Gutachtenformulars ist es möglich, Schädigungen und Fähigkeitsstörungen, aber auch die noch vorhandenen Fähigkeiten zur Einschätzung des Reha-Potenzials darzustellen.

1.4 Ergebnisse der Begutachtung der Medizinischen Dienste

Zur Information über das Begutachtungsgeschehen, zur Sicherung einer bundeseinheitlichen Begutachtung und als Planungsgrundlage für die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung wird vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) gemäß § 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI auf der Grundlage der von den MDK zur Verfügung gestellten Daten der „Pflegebericht des Medizinischen Dienstes“ erarbeitet.

Der erste im Jahr 2000 vorgelegte Pflegebericht des MDS hat den Berichtszeitraum 1998 zum Gegenstand. Er gibt gegenüber den Pflegeberichten 1995 und 1996, die auf freiwilliger Basis von einigen MDK erarbeitet wurden und nur Teilbereiche des Begutachtungsgeschehens berücksichtigten, erstmals einen umfassenden Überblick über die Tätigkeit der MDK.

Unter Berücksichtigung des Berichtzeitraumes 1997, des Pflegeberichtes 1998 und bereits vorliegender Daten aus der Quartalsberichterstattung des MDS für das Jahr 1999 können zur Entwicklung des Begutachtungsgeschehens im Wesentlichen folgende Aussagen gemacht werden:

1.4.1 Begutachtungsaufträge für die soziale Pflegeversicherung

Im Berichtszeitraum 1999 gingen bei den MDK fast 1,5 Mio. Begutachtungsaufträge für die Pflegeversicherung ein. Über drei Viertel der Begutachtungsaufträge bezogen sich auf Antragsteller im häuslichen Umfeld. Über 300 000 Antragsteller kamen aus dem vollstationären Bereich und fast 15 000 aus Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 43a SGB XI.

Gegenüber 1997 war das Auftragsvolumen 1998 geringfügig rückläufig, bewegt sich jedoch 1999 gegenüber dem Vorjahr auf fast gleichem Niveau. Auch in den Jahren 1998 und 1999 wurden ambulante Pflegeleistungen am häufigsten beantragt.

In der folgenden Tabelle ist das Auftragsvolumen der MDK in den Jahren 1997 bis 1999 für die Pflegeversicherung nach Leistungsarten dargestellt:

[17] geändert am 21. Dezember 1995.

[18] zuletzt geändert am 3. Juli 1996.

	1997 Anzahl	**1998** Anzahl	**1999** Anzahl
Gesamt	1 487 382	1 454 382	1 447 443
davon nach beantragter Leistungsart: ambulant	1 152 917	1 133 291	1 131 874
vollstationär	307 989	303 114	301 081
Einrichtungen Behindertenhilfe	26 476	17 977	14 487

Begutachtungsaufträge für Antragsteller ohne bisherige Leistungsgewährung nach dem SGB XI, sog. Erstaufträge, sind mit nahezu 60 v. H. die häufigste Auftragsart.

Aufträge für Wiederholungsbegutachtungen haben 1998 gegenüber dem Vorjahr zugenommen. Sie bilden die zweithäufigste Auftragsart. Wiederholungsbegutachtungen werden auf Veranlassung der Pflegekasse nach § 18 Abs. 2 SGB XI oder aufgrund eines Höherstufungsantrages des Versicherten durchgeführt. Nach ersten Hochrechnungen des MDS wird sich die bisherige Auftragsentwicklung auch im Berichtszeitraum 1999 fortsetzen. Hierbei wird der Funktionswandel des MDK deutlich. Gegenüber der bisher häufigen Auftragserteilung zur erstmaligen Prüfung auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit werden in den letzten drei Jahren verstärkt Versicherte wiederholt begutachtet, die bereits Leistungen nach dem SGB XI erhalten. Hierdurch unterzieht der MDK das Leistungsgeschehen einer kontinuierlichen Überprüfung und passt gleichzeitig die Einstufung dem eventuell veränderten Hilfebedarf der Pflegebedürftigen an.

Aufträge für Widerspruchsbegutachtungen beziehen sich auf Widersprüche von Versicherten gegen den Leistungsbescheid ihrer Pflegekasse. Sie sind im Jahre 1998 im Verhältnis zum Vorjahr leicht rückläufig. Ihr Anteil liegt unter 7 v. H.[19] Der geringe Anteil von Widersprüchen am gesamten Auftragseingang dürfte ein Hinweis auf die Qualität der Begutachtung und die Akzeptanz der Pflegegutachten sein.

Auch für 1999 deuten die ersten Ergebnisse darauf hin, dass die Aufträge für Widerspruchsbegutachtungen weiter leicht rückläufig sind.

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der oben genannten Auftragsarten am gesamten Auftragsaufkommen für die Jahre 1997 und 1998 (entsprechende Zahlenangaben liegen für 1999 noch nicht vor):

[19] siehe hierzu unter C.IV.4.

	1997 in v. H.	**1998** in v. H.
Gesamt	100	100
davon nach Auftragsart: Erstaufträge	61,7	58,4
Wiederholungsaufträge	31,4	34,9
Widersprüche	6,9	6,7

1.4.2 Pflegestufenempfehlungen der Medizinischen Dienste

Ein Vergleich zwischen den Berichtszeiträumen von 1997 bis 1999 zeigt, dass die Ablehnungsquote (Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“) sowie die Pflegestufe I über alle Begutachtungen von Erstantragstellern auf ambulante Leistungen anteilmäßig gegenüber 1997 zunahmen, die Pflegestufen II und III prozentual dagegen abnahmen.

Die folgende Tabelle gibt hierüber einen Überblick:

Gutachterliche Empfehlungen einer Pflegestufe bei ambulanten Erstbegutachtungen für die Berichtszeiträume von 1997 bis 1999 (Zahlenangaben für 1999 aus dem Quartalsbericht):

	ambulant		
	1997 in v. H.	1998 in v. H.	1999 in v. H.
nicht pflegebedürftig	30,4	32,4	31,8
Stufe I	38,8	41,9	43,9
Stufe II	22,9	19,9	19,2
Stufe III	7,9	5,8	5,1

Demgegenüber wird bei den Antragstellern auf stationäre Leistungen vergleichsweise häufiger Pflege-

bedürftigkeit und die Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe als bei denen auf ambulante Leistungen festgestellt. Im vollstationären Bereich empfahlen die Gutachter 1999 in 16,5 v. H. der Begutachtungen „nicht erheblich pflegebedürftig“, in 39,7 v. H. der Begutachtungen „Pflegestufe I“, in 34,5 v. H. der Begutachtungen „Pflegestufe II“ und in 9,3 v. H. der Begutachtungen „Pflegestufe III“.

Im vollstationären Bereich wurden im Jahr 1999 gegenüber dem Vorjahr weniger Erstanträge abgelehnt und häufiger die Pflegestufen I und II von den Gutachtern empfohlen.

Die folgende Tabelle gibt hierüber einen Überblick:

Gutachterliche Empfehlungen einer Pflegestufe bei vollstationären Erstbegutachtungen (für 1999 Zahlenangaben aus dem Quartalsbericht):

	vollstationär	
	1998 in v. H.	1999 in v. H.
nicht pflegebedürftig	18,9	16,5
Stufe I	38,0	39,7
Stufe II	32,7	34,5
Stufe III	10,4	9,3

Es ist zu erwarten, dass insgesamt betrachtet die Analysenergebnisse der Jahre 1999/2000 im Wesentlichen dem bisherigen Auftrags- und Begutachtungsgeschehen 1998 des Jahres entsprechen werden.

1.4.3 Unterschiede bei den Begutachtungsergebnissen

Für den Berichtszeitraum 1998 zeigen die Empfehlungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen bei ambulanten Erstbegutachtungen zwischen den MDK ein relativ homogenes Bild.

Gegenüber den Vorjahren verringerten sich die Unterschiede bei den Pflegestufenempfehlungen zwischen den einzelnen MDK. Bei der Ablehnungsquote (8 Prozentpunkte) und der Pflegestufe II (4 Prozentpunkte) konnte die Differenz zwischen höchstem und niedrigstem Wert weiter verringert werden.

Zahlreiche Maßnahmen der MDK-Gemeinschaft, wie z. B. die Schulungen auf Grundlage der Ergebnisse des Qualitätssicherungsverfahrens 1997, haben zu einer Vereinheitlichung in der Interpretation der Begutachtungs-Richtlinien und der Begutachtungspraxis beigetragen.

Dagegen weisen die Begutachtungsempfehlungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe im stationären Leistungssektor auf Differenzen zwischen den MDK hin. Dies betrifft insbesondere die Ablehnungsquote „nicht erheblich pflegebedürftig“ und die Empfehlung der Pflegestufe III.

Vor dem Hintergrund der regional sehr stark differierenden Versorgungsstrukturen mit Alten- und Pflegeheimen treffen die Gutachter der MDK auf eine jeweils unterschiedliche Klientel. Die Versorgungsstruktur der stationären Einrichtungen, deren Belegungsquoten und Neuaufnahmekapazität, sowie die soziodemographische Zusammensetzung (z. B. Alter, Geschlecht, Sozialstruktur) und epidemiologische Struktur (z. B. Morbidität- und Mortalitätsraten) ihrer Bewohner sind dabei wesentliche Indikatoren, die auf die Inanspruchnahme der MDK sowie die Begutachtungsergebnisse im stationären Sektor der Pflegeversicherung direkten Einfluss nehmen. Allerdings konnte nach Ansicht des MDS die allein auf struktureller Ebene geführte Diskussion keinen stringenten Zusammenhang mit den Begutachtungsempfehlungen herleiten.

Empirisch gesichertes Datenmaterial, das zur Beschreibung und Analyse dieser Bewohner- und Versorgungsstrukturen notwendig ist, liegt derzeit nur bruchstückhaft vor. Zukünftig ergeben sich aufgrund der von der Bundesregierung erlassenen Bundes-Statistik-Verordnung nach § 109 Abs. 1 SGB XI weitere Erkenntnisse.

1.5 Berücksichtigung psychisch Kranker, geistig Behinderter und Dementer im Begutachtungsgeschehen der Medizinischen Dienste

Die Pflege und Betreuung geistig Behinderter, psychisch Kranker und von Menschen mit Demenz ist eine der großen Herausforderungen, mit denen die Pflege konfrontiert wird.

In der öffentlichen Diskussion werden diese Pflegebedürftigen vereinfacht als „Demente“ bezeichnet und damit nur auf einen Symptomenkomplex reduziert. Neben den demenziell Erkrankten als die größte Betroffenengruppe, sind auch Menschen zu berücksichtigen, deren geringe körperliche Störungen einen Pflegebedarf nach dem SGB XI nicht begründen, die allerdings wegen ihrer Gedächtnis- und Wahrnehmungsstörungen in ihrer Alltagskompetenz beeinträchtigt sind und ständig der Betreuung und Beaufsichtigung bedürfen. Der MDS bezeichnet deshalb diese Betroffenen als „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“.

Der für die Leistungen der Pflegeversicherung maßgebliche Hilfebedarf richtet sich nach den im Gesetz abschließend aufgeführten Verrichtungen in den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung. Bei der Beschreibung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit werden Personen mit geistigen oder seelischen Krankheiten solchen gleichgestellt, die an einer körperlichen Erkrankung oder Behinderung leiden.

Mit Einführung der neuen Begutachtungs-Richtlinien zum 1. Juni 1997, die noch mehr als die frühere Begutachtungsanleitung die Besonderheiten der Begutachtung bei psychisch Kranken und geistig Behinderten berücksichtigen, wird im Zusammenhang mit der Ermittlung des Hilfebedarfs auf diese Personengruppen ausführlich eingegangen und deren besondere Situation verdeutlicht. Dazu gehört insbesondere die Notwendigkeit zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs im Einzelfall z. B. durch detaillierte Darstellung der Hilfeleistungen „Beaufsichtigung“ und „Anleitung“.

Die folgende Tabelle veranschaulicht, dass für die Bereiche der Körperpflege, Ernährung und Mobilität der erhöhte Bedarf an grundpflegerischen Hilfen und Unterstützung für die „Personengruppe mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ durch die Gutachter der MDK unter Zugrundelegung der Begutachtungs-Richtlinien bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens berücksichtigt wird.

Ein Vergleich der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zwischen der „Personengruppe mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ und somatisch Erkrankten macht die Unterschiede sehr deutlich. Für die „Personengruppe mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ haben die Gutachter der MDK bei nur 8,9 v. H. „nicht erheblich pflegebedürftig“, jedoch in 38,3 v. H. die Pflegestufe II und in 9,9 v. H. die Pflegestufe III empfohlen.

Vor allem für die Hilfeformen „Anleitung“, „Beaufsichtigung“ und „Unterstützung“ wurde nach Angaben des MDS bei diesem Personenkreis ein höherer grundpflegerischer Zeitbedarf durch die Gutachter dokumentiert. Bezogen auf die vom Gesetzgeber abschließend aufgezählten Verrichtungen des täglichen Lebens bildet sich damit der erhöhte Versorgungsaufwand der Dementen bzw. „Personengruppe mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ bereits heute pflegestufenrelevant im Gutachten ab.

Der Gesamthilfebedarf geistig behinderter, psychisch kranker und altersverwirrter Menschen geht jedoch oftmals über den Hilfebedarf in den Bereichen der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung hinaus. Dieser weiter gehende Hilfebedarf liegt dann außerhalb der gesetzlich vorgegebenen Systematik der Pflegeversicherung. Er hat somit für die Leistungen der Pflegeversicherung keine Bedeutung, obwohl er einen erheblichen Teil des Versorgungs- und Betreuungsaufwandes ausmachen kann.

Dieses Defizit der Pflegeversicherung wird schon seit längerer Zeit beklagt. Auch die Bundesregierung sieht hier dringenden Handlungsbedarf. Sie beabsichtigt deshalb, die Versorgungssituation dementer Menschen unter Berücksichtigung der bestehenden Rahmenbedingungen für die Pflegeversicherung zu verbessern. Es gilt, Lösungen für Leistungsverbesserungen zu entwickeln, mit denen möglichst viel für die Betroffenen, die Pflegebedürftigen und ihre pflegenden Angehörigen, erreicht werden kann[20].

[20] Wegen der Einzelheiten hierzu wird auf die Ausführungen unter C.I.3.3. verwiesen.

Begutachtungsempfehlungen in v. H.	Erstbegutachtete (Pflegebericht 1998)	
	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz	Somatisch Erkrankte (Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes)
Nicht pflegebedürftig	8,9	43,8
Stufe I	43,0	47,1
Stufe II	38,3	8,7
Stufe III	9,9	0,4
Gesamt	100,0	100,0

1.6 Dauer des Begutachtungsverfahrens

Die Erledigungsdauer ist die Zeit zwischen dem Auftragseingang beim Medizinischen Dienst und dem Versand des erstellten Gutachtens an die Pflegekasse. Datenmaterial zur Erledigungsdauer liegt nur in eingeschränktem Umfang vor, da die Medizinischen Dienste im Laufe des Jahres 1999 eine Umstellung ihres EDV-Programms vorgenommen haben. In die Statistik zur Erledigungsdauer können nur die Gutachten einbezogen werden, die mit dem neuen EDV-Programm erfasst wurden. Die Daten zur Erledigungsdauer basieren auf einer Teilmenge von rund 36 Prozent aller Begutachtungen des Jahres 1999.

Für das Jahr 1999 (Quartalsbericht des MDS) ergibt sich danach folgendes Bild:

Die Erledigungsdauer in der ambulanten Pflege betrug 1999 durchschnittlich etwa 61 Kalendertage, in der stationären Pflege durchschnittlich 43 Kalendertage. Die Bandbreite der Erledigungszeiten in der MDK-Gemeinschaft liegt in der ambulanten Pflege zwischen 37 und 78 Kalendertagen, in der stationären Pflege zwischen 28 und 62 Kalendertagen.

1.7 Unterschiede bei der Bewilligung von Anträgen in der sozialen Pflegeversicherung und in der privaten Pflege-Pflichtversicherung

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu den Pflegestufen richten sich in der privaten Pflege-Pflichtversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung nach denselben Kriterien, und zwar

– nach den gesetzlichen Vorschriften der §§ 14 und 15 SGB XI,
– den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien,
– den Begutachtungs-Richtlinien sowie
– den Härtefall-Richtlinien.

Bereits 1998 wurde durch den MDS eine Untersuchung über die Unterschiede in den Begutachtungsempfehlungen der sozialen und privaten Pflege-Pflichtversicherung durchgeführt, die u. a. zu folgenden Ergebnissen kam:

a) Die Gutachter der privaten Pflege-Pflichtversicherung stellen sowohl im ambulanten, als auch im stationären Bereich häufiger fest, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt.

b) Im ambulanten Bereich ist die Zuordnung zu den Pflegestufen zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung nahezu identisch.

c) Im stationären Bereich empfehlen die Gutachter der privaten Pflegeversicherung häufiger die Pflegestufen II und III.

Obwohl für das Berichtsjahr 1999 die Ergebnisse der Begutachtungsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung (Tätigkeitsbericht/Stand: 1999) im Vergleich zur sozialen Pflegeversicherung (Quartalsberichterstattung 1999) gegenüber den Vergleichsergebnissen von 1996 sowohl im ambulanten (nicht pflegebedürftig, Pflegestufen II u. III) als auch im vollstationären Bereich (nicht pflegebedürftig, Pflegestufe III) eine Tendenz zur Angleichung ausweisen, werden in der privaten Pflege-Pflichtversicherung nach wie vor nicht nur weniger als „nicht pflegebedürftig“ eingestuft, sondern auch höhere Einstufungen bewilligt als in der sozialen Pflegeversicherung (siehe nachfolgende Tabellen).

Ambulante Pflege 1999

	Begutachtungsempfehlungen in v. H.			
	Nicht Pflegebedürftig	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Soziale Pflegeversicherung	31,8	43,9	19,2	5,1
Private Pflege-Pflichtversicherung	23,2	48,4	22,9	5,5

Vollstationäre Pflege 1999

	Begutachtungsempfehlungen in v. H.			
	Nicht Pflegebedürftig	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Soziale Pflegeversicherung	16,5	39,7	34,5	9,3
Private Pflege-Pflichtversicherung	10,0	32,3	41,8	15,9

Schon 1997 wurde festgestellt, dass die abweichenden Ablehnungsquoten und die höheren Einstufungen in der privaten Pflege-Pflichtversicherung nicht die Schlussfolgerung rechtfertigen, dass den privat Versicherten die Pflegeleistungen – entgegen den gesetzlichen Vorgaben – großzügiger bewilligt werden.

Die private Pflege-Pflichtversicherung weist in ihrem Tätigkeitsbericht 1999 in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine der Ursachen für die Unterschiede in der statistischen Erhebung bis 1998 liegen könnten. Danach wurden Anträge auf vollstationäre Pflege z. T. als Erstgutachten berücksichtigt, obwohl diese schon ambulant begutachtet und in eine Pflegestufe eingruppiert waren.

Nach Untersuchungen des Medizinischen Dienstes der privaten Pflege-Pflichtversicherung (MEDICPROOF) sind darüber hinaus im Bereich der privaten Pflege-Pflichtversicherung 56 v. H. der Antragsteller über 80 Jahre alt. Das wären 10 v. H. mehr hochbetagte Antragsteller als im Bereich der sozialen Pflegeversicherung.

2. Qualitätsprüfung innerhalb der Medizinischen Dienste

Nach Abschnitt E der Begutachtungs-Richtlinien sind bis zum Inkrafttreten eigenständiger Richtlinien nach § 53a Satz 1 Nr. 4 SGB XI innerhalb der Medizinischen Dienste (Sonderdienste) als auch MDK-übergreifend Qualitätsprüfungen nach einheitlichen Prüfkriterien durchzuführen.

Die Qualitätsprüfungen 1999 wurden zum dritten Mal als Einheit von MDK-internen und MDK-übergreifenden Qualitätsprüfungen durchgeführt.

Erstmals waren Wiederholungsgutachten und nicht, wie in den Vorjahren, Erstgutachten Gegenstand der Prüfungen. Der Schwerpunkt lag weiterhin auf der Prüfung der formalen Aspekte. Inhaltliche Aspekte wurden, soweit sie bei der derzeitigen Gestaltung des alten Formulargutachtens verbindlich prüfbar waren, ebenfalls berücksichtigt.

Die Analyse der Ergebnisse sowie die Vorschläge und Hinweise aus den MDK-internen Qualitätssicherungsmaßnahmen erlauben wichtige Schlussfolgerungen:

a) Die 1998 bereits für Erstgutachten nachgewiesene hohe Qualität des Dokumentationsverhaltens der MDK-Gutachter konnte im Jahre 1999 für die Wiederholungsbegutachtung bestätigt werden. Die Gutachten sind verständlich, plausibel und insgesamt vollständig.

b) Die Ergebnisse der Qualitätsprüfung 1999 zeigen insbesondere im ambulanten Bereich gegenüber dem Vorjahr eine nochmals verbesserte Homogenität der Qualität über alle MDK. Dies ist vor allem auf die zunehmende Routine im Zusammenhang mit den MDK-internen Qualitätssicherungsprozessen zurückzuführen.

c) In allen MDK sind die für die Qualitätssicherung Verantwortlichen in die tägliche Arbeit, aber auch in deren Konzeption und Organisation eingebunden. Die Gremien sind paritätisch (Ärzte/Pflegefachkräfte) besetzt. Mitarbeiter werden verstärkt im Bereich „Qualitätsmanagement“ weitergebildet.

d) Die MDK-übergreifende Qualitätsprüfung hat ihre Notwendigkeit als Supervisionsinstrument für die MDK-internen Prüfungen bestätigt, um z. B. bundesweit wirksame Problemfelder in der Begutachtung von regionalen abgrenzen zu können.

e) Die aus den Qualitätsprüfungen resultierende Aufarbeitung der anerkannten Problemfelder und die dadurch initiierten Maßnahmen auf Bundes- und Regionalebene wirken qualitätssteigernd für alle Begutachtungen im Rahmen der Pflegeversicherung.

f) Ein formal nicht zu beanstandendes Gutachten ist nicht zwingend in allen Bereichen schlüssig und inhaltlich kritikfrei. Diese Feststellung aus der Vorjahresprüfung hat weiterhin Bestand. Von daher ist die Fortentwicklung der Qualitätsprüfungen hin zu einer mehr inhaltlichen und zielorientierten Prüfphilosophie auch künftig weiter zu forcieren. Diese Fortentwicklung ist bereits in den konzeptionellen Überlegungen für künftige Qualitätsprüfungen enthalten.

3. Zahl der Pflegefachkräfte und der Ärzte

Zum Stichtag 31. Dezember 1999 waren in den MDK insgesamt 836 Vollstellen durch Pflegefachkräfte besetzt, 200 Vollstellen mehr als 1997. Die Zahl der ärztlichen Mitarbeiter erhöhte sich im gleichen Zeitraum lediglich von 2 007 (1997) auf 2 020, wobei statistisch nicht differenziert wird, inwieweit die Gutachterärzte für den Pflege- bzw. Krankenversicherungsbereich tätig sind. Somit ist eine Veränderung des fachlichen Profils der MDK zu verzeichnen. Pflegefachkräfte sind entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in das Begutachtungsgeschehen integriert.

Nach § 18 Abs. 6 SGB XI werden die Aufgaben des Medizinischen Dienstes durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Nach den Begutachtungs-Richtlinien kann entweder ein Arzt oder eine Pflegefachkraft oder beide gemeinsam die Begutachtung als Mitarbeiter des MDK oder als externer Gutachter durchführen. Unter Beachtung der konkreten Festlegungen in den Begutachtungs-Richtlinien wird die endgültige Abfassung des Pflegegutachtens zumeist in Kooperation beider Berufsgruppen vorgenommen. Damit wird der vom Gesetzgeber gewünschten Berücksichtigung der Kompetenzen beider Berufsgruppen Rechnung getragen.

1998 wurden im ambulanten Bereich von Pflegefachkräften 38,8 v. H. aller Begutachtungen durchgeführt, fast ebenso viele wie von Ärzten mit anteilig 39,3 v. H.

Im stationären Bereich sind Pflegefachkräfte (48,6 v. H.) gegenüber Ärzten (39,5 v. H.) am häufigsten in den Begutachtungsprozess vor Ort eingebunden. Dies könnte u. a. auf einen besseren medizinischen Dokumentationsstand von Alten- und Pflegeheimbewohnern zurückgeführt werden. Im Berichtszeitraum 1998 waren externe Gutachter mit 18 % im ambulanten und 4 % im stationären Bereich am Begutachtungsgeschehen beteiligt.

Die Auftragsbearbeitung ist in den einzelnen MDK unterschiedlich strukturiert. Das zahlenmäßige Verhältnis zwischen Pflegefachkräften und ärztlichen Gutachtern ist regional sehr unterschiedlich ausgeprägt. Dies betrifft auch den Einsatz externer Gutachter. In wenigen Medizinischen Diensten führen sie das Gros der Begutachtungen durch, dagegen spielen sie in anderen Medizinischen Diensten keine oder nur eine untergeordnete Rolle.

So wurden z. B. in Bremen 82,8 v. H. der Begutachtungen von externen Gutachtern, in Mecklenburg-Vorpommern 80 v. H. von angestellten Ärzten und in Bayern 95,3 v. H. von Pflegefachkräften durchgeführt. Hierdurch wird die Qualität der Begutachtung jedoch nicht beeinflusst.

In den MDK-übergreifenden Arbeits- und Projektgruppen sind Ärzte und Pflegefachkräfte an der konzeptionellen Weiterentwicklung des Begutachtungsverfahrens und an der Erarbeitung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung des SGB XI beteiligt.

Für beide Berufsgruppen werden vom MDS berufsgruppenspezifische und -übergreifende Qualifikationsmaßnahmen durchgeführt.

4. Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis/Klagen

In den Jahren 1997 und 1998 betrug der Anteil von Widerspruchsgutachten weniger als 7 v. H. am gesamten Auftragsvolumen. Aufträge für Widerspruchsgutachten waren auch im Jahr 1999 leicht rückläufig. Im ambulanten Bereich machen sie 1999 nur noch 6,8 v. H., in vollstationären Bereichen noch 3,4 v. H. am gesamten Auftragsvolumen aus.

Die vom MDS für den Berichtszeitraum 1998 durchgeführte Analyse zeigt, dass über 40 v. H. der im stationären und über 50 v. H. der im ambulanten Bereich erfolgreichen Widersprüche auf vormalige Begutachtungen mit der Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ gründen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass im Rahmen der Zweitbegutachtung auch die zwischenzeitliche Entwicklung und der Zeitpunkt eventueller Änderungen der Pflegesituation gegenüber dem Erstgutachten zu benennen und zu würdigen sind. Da Pflegebedürftigkeit regelmäßig kein unveränderbarer Zustand ist, sondern ein Prozess, kann sich zwischen dem Zeitpunkt der Erstbegutachtung und der Zweitbegutachtung im Rahmen eines Widerspruchs der Hilfebedarf nach Art, Häufigkeit und zeitlichem Pflegeaufwand erheblich verändert haben und somit eine höhere Pflegestufe rechtfertigen, ohne dass der Widerspruch berechtigt war.

Die Sozialgerichtsstatistiken enthalten derzeit keine separaten Angaben über Klagen, die sich gegen die Einstufung richten.

In der Gesamtheit ist festzustellen, dass mit der Umsetzung der neuen Begutachtungs-Richtlinien und der Durchführung von kontinuierlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen für das umfangreiche Begutachtungsverfahren eine einheitliche Begutachtungspraxis sichergestellt und damit eine hohe Qualität der Begutachtung im Interesse der Versicherten gewährleistet ist. Insgesamt betrachtet hat das Qualitätsbewusstsein in der MDK-Gemeinschaft ein hohes Niveau erreicht.

V. Vergütung ambulanter und stationärer Pflegeleistungen

Die nachfolgenden Ausführungen beinhalten allgemeine Angaben zur Entwicklung der Leistungsvergütungen. Sie beruhen im Wesentlichen auf Angaben des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen/Arbeiter-Ersatzkassen (VdAK/AEV). Nähere Informationen zu der Situation in den einzelnen Ländern lassen sich den Tabellen und Übersichten zu diesem Abschnitt im Anhang entnehmen.

1. Ambulante Pflege

Bereits im Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung wurde festgestellt, dass die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen weitgehend auf der Grundlage des Leistungskomplexsystems erfolgt. Von Ausnahmen abgesehen, hat sich hieran nichts geändert. Nach den Ergebnissen des Forschungsprojektes „Wirkungen der Pflegeversicherung“ der Institute Infratest und I+G Gesundheitsforschung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit[21] rechnen 80 v. H. der Einrichtungen nach dem Leistungskomplexsystem ab. Andere Vergütungsformen werden nur ergänzend zugrunde gelegt (Einzelleistungsvergütung: 11 v. H.; Vergütung nach Zeitaufwand: 7 v. H.; Vergütung nach Leistungskomplexen und Zeitwerten: 8 v. H.).

Das Leistungskomplexsystem beruht auf einer Empfehlung der Spitzenverbände der Pflegekassen vom März 1995, die nach ersten Erfahrungen überarbeitet und unter dem 8. November 1996 neu verabschiedet wurde.

Im Leistungskomplexsystem werden typischerweise zusammenfallende pflegerische Verrichtungen zu „Leistungspaketen“ zusammengefasst (z. B. in der Kleinen Morgen- und Abendtoilette: An- und Auskleiden, Teilwaschen, Mund- und Zahnpflege, Kämmen)

[21] Im Folgenden zitiert: Infratest-Studie; zu diesem Forschungsprojekt siehe auch unter E.

und über ein Punktsystem bewertet. In die Punktbewertung ist auch der Zeitaufwand eingegangen. Nach diesem System werden nicht mehr pauschale Einsatzvergütungen vereinbart. Es ist definiert, was das jeweilige „Leistungspaket“ kostet. Vergütet werden die „Leistungspakete“, die ein Pflegebedürftiger je nach seinem individuellen Pflegebedarf abruft.

Die Ausgestaltung und Fortentwicklung des Vergütungssystems in den Bundesländern erfolgt durch die Vertragspartner in den Ländern entsprechend den jeweiligen landesspezifischen Gegebenheiten. Neben inhaltlichen Unterschieden variieren daher auch die Leistungsentgelte in der Höhe. Die Unterschiede bei den Leistungsentgelten beruhen zum Teil auf der unterschiedlichen Zusammensetzung der Leistungskomplexe. Die Entgelte sind daher nur bedingt vergleichbar. Ergänzend zu der ausschließlichen Vergütung nach Leistungskomplexen existieren zum Teil Vereinbarungen über die Abrechnung nach Zeiteinheiten, insbesondere für den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung oder zur Versorgung bestimmter Personengruppen, die eine umfassende Betreuung benötigen, z. B. im Rahmen der individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB).

Die Laufzeiten der Vergütungsvereinbarungen erstrecken sich in der Regel über mehrere Vergütungszeiträume und sind nicht an das Kalenderjahr geknüpft. Teilweise sind in 1999 und 2000 erstmals die Vereinbarungen aus dem Jahre 1995 neu verhandelt worden. Gegenüber den bisherigen Entwicklungen ist festzustellen, dass in Abkehr von landesweiten Vereinbarungen vermehrt Einzelvereinbarungen gemäß § 89 SGB XI zwischen den Kostenträgern und ambulanten Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden. Die Anlagen 4 bis 6 geben einen Überblick über die in den Bundesländern geltenden Vereinbarungen in den Jahren 1998 und 1999/2000.

Nachdem noch im ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung Schwächen im Leistungskomplexsystem festgestellt wurden, lässt sich nunmehr festhalten, dass sich das neue Vergütungssystem insgesamt etabliert hat und in der Praxis ohne nennenswerte Probleme angewandt wird. Diese Einschätzung wird durch mehrere Studien gestützt.

So wurde im Rahmen des „Modellprojekts zur Untersuchung der Leistungskomplexe (Modulsystem) in der ambulanten Pflege“ der Berliner Senatsverwaltung aus dem Jahr 1997 festgestellt, dass „die Ergebnisse des Modellversuchs keine wesentlichen Anhaltspunkte enthalten, das Modulsystem wieder aufzugeben.“

Zu ähnlich positiven Einschätzungen hinsichtlich der Tauglichkeit des Leistungskomplexsystems im Vergleich mit anderen Vergütungssystemen kommt eine wissenschaftliche Untersuchung der unterschiedlichen Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege durch die HLT Gesellschaft für Forschung Planung Entwicklung, die im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums, der Kommunalen Spitzenverbände in Hessen, der Verbände der Pflegekassen in Hessen, der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen, des Bundesverbandes privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste e. V. (bpa) sowie der Landesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege Hessen e. V. im Jahr 2000 vorgelegt wurde. Durch die Untersuchung wurde unter anderem festgestellt, dass bei einer Abrechnung nach Leistungskomplexen nicht – wie vielfach vermutet – mit einer Verkürzung der Pflegezeit vor Ort zu rechnen ist. Ferner lasse sich im Vergleich mit anderen angewandten Vergütungssystemen kein wesentlicher Unterschied im Hinblick auf das Leistungs- und Qualitätsniveau einer Einrichtung feststellen; dasselbe gelte für die flexible Berücksichtigung der individuellen Wünsche der Pflegebedürftigen. Gleichwohl bleiben die Vertragspartner auch in Zukunft dazu aufgerufen, das Leistungskomplexsystem stets daraufhin zu prüfen, ob es den Versorgungsbedürfnissen der Pflegebedürftigen gerecht wird.

Viele Träger ambulanter Pflegeeinrichtungen beklagen, dass die Erlössituation insbesondere aufgrund zu knapper Zeitvorgaben im Leistungskomplexsystem unzureichend sei. Nach der Infratest-Studie über die Wirkungen der Pflegeversicherung halten insgesamt 59 v. H. der Einrichtungen die Vergütungen nicht für kostendeckend (öffentliche Träger: 74 v. H., gemeinnützige Träger: 66 v. H., private Träger 48 v. H.). Dabei fällt auf, dass diese Aussage in den neuen Bundesländern von deutlich weniger Einrichtungen getroffen wird (49 v. H.) als in den alten Bundesländern (61 v. H.).

Nach den Ergebnissen der hessischen Studie sind nach „den zum Untersuchungszeitpunkt gültigen Vertragsvereinbarungen im Modulsystem (reines Leistungskomplexsystem) höhere Erlöse zu erzielen als im Abwahlsystem (Leistungskomplexsystem mit Abwahlmöglichkeit). Im Zeitsystem sind dagegen wesentlich geringere Erlöse als im Modulsystem und zumeist auch niedrigere als im Abwahlsystem zu erzielen.

2. Teilstationäre Pflege

Nach Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes wurden die Vergütungssätze in der teilstationären Pflege zunächst im Rahmen von Übergangsregelungen vereinbart. Dabei handelte es sich fast ausschließlich um Einrichtungen der Tagespflege, da Einrichtungen der Nachtpflege so gut wie nicht existent waren. Zwischenzeitlich ist weitgehend eine Überleitung von den Übergangsregelungen der ersten Jahre zu Verhandlungen und Vereinbarungen nach den Vorgaben des Vertrags- und Vergütungsrechts des SGB XI erfolgt.

Die Pflegesatzverhandlungen in der teilstationären Pflege werden in den anderen Bundesländern grundsätzlich in Analogie zur Verfahrensweise in der vollstationären Pflege geführt.

Bei der Inanspruchnahme der Tagespflege ist als Besonderheit zu beachten, dass Leistungen der Grund- und Behandlungspflege überwiegend durch das häusliche

Umfeld sichergestellt werden, bevor der Pflegebedürftige in die Tagespflegeeinrichtung kommt. In der Einrichtung haben sie nur nachgeordnete Bedeutung. Im Zentrum stehen die Betreuungsleistungen. Diese Leistungen werden nach Informationen der Pflegekassen als Gruppenleistungen erbracht. Das heißt, die Leistungserbringung erfolgt pflegestufenübergreifend. Dies erschwert offenbar in der Praxis eine Untergliederung der Pflegesätze nach Pflegestufen (§ 84 Abs. 2 SGB XI).

Eine Übersicht über die geltenden Pflegesätze mit (ungewichteten) Durchschnittswerten zum Ende des Jahres 1999 beinhaltet nachfolgende Tabelle, die auf Angaben des VdAK beruht[22]:

	West	Ost
Pflegeklasse I	2 248 DM	1 127 DM
Pflegeklasse II	2 477 DM	1 632 DM
Pflegeklasse III	2 714 DM	2 111 DM
Unterkunft und Verpflegung	704 DM	428 DM

Nach der Infratest-Studie ergeben sich für das Jahr 1998 im teilstationären Bereich nachfolgende durchschnittliche monatliche Entgelte nach Pflegeklassen aufgeschlüsselt[23]:

	West	Ost
Pflegeklasse I	1 802 DM	1 197 DM
Pflegeklasse II	2 230 DM	1 878 DM
Pflegeklasse III	2 639 DM	2 220 DM
Unterkunft und Verpflegung	617 DM	429 DM

Hinzu kommen noch gesondert berechnete Investitionskosten sowie Zusatzleistungen. Nach der Infratest-Studie waren 1998 in den untersuchten Einrichtungen hierfür durchschnittlich folgende Beträge aufzuwenden:

	West	Ost
Investitionskosten	453 DM	443 DM
Zusatzleistungen	284 DM	170 DM

3. Kurzzeitpflege

Kurzzeitpflege wird unterschiedlich organisiert angeboten. In der überwiegenden Zahl der Fälle wird diese Leistung in Einrichtungen erbracht, die neben der Kurzzeitpflege auch vollstationäre Dauerpflege erbringen. Einrichtungen, die ausschließlich Kurzzeitpflege erbringen, stellen nicht die Regel dar. Für die Vereinbarung der Pflegesätze sowie die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung gilt gleichermaßen wie für die teilstationäre Pflege, dass – außer in Bayern, wo nach wie vor Gesamtheimentgelte abgerechnet werden – die Übergangsregelungen abgelöst worden sind durch Vereinbarungen auf der Grundlage des 8. Kapitels des SGB XI. Dort wo Leistungen der Kurzzeitpflege und der vollstationären Dauerpflege „unter einem Dach“ von einem Einrichtungsträger angeboten werden, kann davon ausgegangen werden, dass hinsichtlich der Vergütung zusammenhängende Regelungen bzw. Vereinbarungen für beide Bereiche getroffen werden und die Pflegesätze und Entgelte auch identisch sein können. Dies ist insbesondere dort anzutreffen, wo Kurzzeitpflege in Form so genannter „eingestreuter Betten“ angeboten und erbracht wird.

Eine Übersicht über die geltenden Pflegesätze und Entgelte enthält die nachfolgende, auf Angaben des VdAK beruhende Tabelle. Sie basiert auf (ungewichteten) Durchschnittswerten zum Vereinbarungsstand am Ende des Jahres 1999[24]:

	West	Ost
Pflegeklasse I	2 536 DM	1 957 DM
Pflegeklasse II	3 179 DM	2 257 DM
Pflegeklasse III	4 044 DM	2 701 DM
Unterkunft und Verpflegung	1 126 DM	794 DM

Nach der Infratest-Studie ergaben sich für das Jahr 1998 folgende durchschnittliche Monatsentgelte[25]:

	West	Ost
Pflegeklasse I	2 297 DM	1 989 DM
Pflegeklasse II	2 884 DM	2 368 DM
Pflegeklasse III	3 701 DM	3 045 DM
Unterkunft und Verpflegung	1 114 DM	808 DM

Hinzu kommen noch gesondert berechnete Investitionskosten sowie Zusatzleistungen. Nach der Infratest-Studie waren 1998 in den untersuchten Einrich-

[22] Ein unmittelbarer Vergleich zwischen den Angaben für 1999 und 1998 ist nicht möglich, weil die Angaben der Infratest-Studie für 1998 nicht auf einer Vollerhebung beruhen. Unter Beachtung dieser Einschränkung zeigt sich ein ansteigender Trend bei der Preisentwicklung in den alten Bundesländern und eine Stagnation in den neuen Bundesländern.

[23] siehe Fußnote 22.

[24] Ebenso wie für die teilstationäre Pflege gilt hier, dass ein unmittelbarer Vergleich zwischen den Angaben für 1999 und 1998 nicht möglich ist, weil die Angaben für 1998 nicht auf einer Vollerhebung beruhen. Unter Beachtung dieser Einschränkung ist ein ansteigender Trend bei der Preisentwicklung in den alten Bundesländern und eine Stagnation bzw. ein Preisrückgang in den neuen Bundesländern festzustellen.

[25] siehe Fußnote 24.

tungen hierfür durchschnittlich folgende Beträge aufzuwenden:

	West	Ost
Investitionskosten	653 DM	337 DM
Zusatzleistungen	478 DM	39 DM

4. Vollstationäre Dauerpflege

4.1 Entwicklung der Vergütungs- und Entgeltsätze

Wie bereits im Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung ausführlich dargelegt, wurde mit dem 1. SGB XI-ÄndG eine gesetzliche Übergangsregelung zur Ermittlung der Heimentgelte in zugelassenen Pflegeeinrichtungen getroffen (Artikel 49a PflegeVG). Diese Übergangsregelung regelte längstens bis zum 31. Dezember 1997 die Heimentgelte. Sie hatte zwei Vergütungsvarianten, zwischen denen die Pflegeheime wählen konnten.

In der ersten Variante war die Fortgeltung des am 30. Juni 1996 für den einzelnen Pflegebedürftigen maßgeblichen Heimentgeltes vorgesehen (Beginn der stationären Leistungen der Pflegeversicherung: 1. Juli 1996). Die zweite Variante, auf die sich die Pflegeheime bis zum 31. Dezember 1996 umstellen konnten, erforderte eine Umrechnung der bisherigen Heimentgelte in neue Heimentgelte. Nach dem gesetzlich vorgegebenen Rechenvorgang war auf der Grundlage der neuen Pflegestufen des SGB XI eine Gewichtung des pflegerischen Aufwandes mit festen Verhältniswerten vorzunehmen.

Das Übergangssystem mit seinen notwendigen Pauschalregelungen war für alle Pflegeheime vom Jahr 1998 an durch heimindividuelle Vergütungsvereinbarungen abzulösen. Bei den Vergütungsverhandlungen nach dem neuen Recht des SGB XI waren die Vertragsparteien an die gesetzlichen Vorgaben der Regelungen zur Begrenzung des Kostenanstiegs in Pflegeeinrichtungen gebunden, die in § 93 Abs. 6 BSHG und Artikel 49b PflegeVG vorgesehen waren. Nach beiden Vorschriften durften die Heimentgelte in den Jahren 1996, 1997 und 1998 – von Ausnahmen abgesehen – in den alten Bundesländern jährlich nicht höher steigen als 1 v. H. und in den neuen Bundesländern nicht höher als jährlich 2 v. H.

Die Umstellung der Übergangsentgelte auf das neue Entgeltsystem nach dem SGB XI erfolgte in den Bundesländern nach unterschiedlichen Verfahrensregeln. Vielfach verständigten sich die Beteiligten auf die Anwendung vereinfachter Überleitungsregelungen. Vor diesem Hintergrund und wegen der Begrenzungsregelungen nach Artikel 49b PflegeVG und § 93 Abs. 6 BSHG sind auch für 1998 flächendeckend noch keine Einzelverhandlungen mit vollstationären Pflegeeinrichtungen geführt worden. So ist nach Angaben des VdAK beispielsweise für Bayern zu beachten, dass man sich dort noch in 1997 darauf verständigt hatte, die Heimentgelte über den 31. Dezember 1997 hinaus in der bis dahin geltenden Form ohne Aufteilung des Heimentgeltes in die einzelnen Entgeltbestandteile fortzuführen.

Die Verhandlungsrunde 1999 war geprägt durch das Auslaufen der Begrenzungsvorschrift des Artikels 49b PflegeVG zum 31. Dezember 1998. Daher sind für den Pflegesatzzeitraum ab dem 1. Januar 1999 verstärkt Einzelverhandlungen geführt und Abschlüsse erzielt worden. Grundlage der Verhandlungen waren in der Regel die auf Landesebene im Vorfeld vereinbarten Verfahrensweisen und Grundsätze für Pflegesatzverhandlungen. Die Forderungen der Einrichtungsträger lagen zum Teil bei zweistelligen Prozentsätzen. Bis Ende 1999 konnten dennoch mit ca. 76 v. H. (6 400) der zugelassenen vollstationären Einrichtungen (ca. 8 300) neue Pflegesatzvereinbarungen entsprechend der Vergütungssystematik des SGB XI abgeschlossen werden. Bei einer Vielzahl von Pflegeeinrichtungen sind keine Neuverhandlungen erfolgt, da keiner der Vertragspartner zu Neuverhandlungen aufgefordert hat.

Die durchschnittlichen Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in den Jahren 1998/1999 können länderbezogen der Anlage 4 entnommen werden. Dabei ist zu beachten, dass ein endgültiger Vergleich der Werte miteinander und die Ableitung aussagekräftiger Ergebnisse erst nach dem Ablauf mehrerer Pflegesatzzeiträume möglich sind. Gleichwohl lassen sich aus den Daten gewisse Tendenzen in der Entgeltentwicklung ableiten. Bundesweit ergeben sich rechnerisch nachfolgende (ungewichtete) Durchschnittswerte.

	West		Ost	
	1998	1999	1998	1999
Pflegeklasse I	2 018 DM	2 091 DM	1 681 DM	1 762 DM
Pflegeklasse II	2 804 DM	2 857 DM	2 196 DM	2 318 DM
Pflegeklasse III	3 761 DM	3 743 DM	2 952 DM	3 120 DM
Unterkunft und Verpflegung	1 109 DM	1 087 DM	818 DM	857 DM

Quelle: VdAK

Für das Jahr 2000 ist die Datenlage noch nicht vollständig. Als Tendenz ist nach Angaben des VdAK festzustellen, dass die Pflegesätze in den alten Bundesländern meist nicht stärker als 1 bis 2 v. H. angestiegen sind. In den neuen Bundesländern sind Steigerungen von 3 v. H. bis über 7 v. H. zu verzeichnen.

Nach den Ergebnissen der Infratest-Studie ergaben sich für das Jahr 1998 nachfolgende Werte:

	West	Ost
Pflegeklasse I	2 076 DM	1 798 DM
Pflegeklasse II	2 787 DM	2 339 DM
Pflegeklasse III	3 708 DM	2 922 DM
Unterkunft und Verpflegung	1 152 DM	874 DM

Obwohl diese Werte von den Auswertungen des VdAK abweichen, bestätigen sie in etwa die Größenordnung der Vergütungssätze für die pflegerische Versorgung und der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung.

Zu berücksichtigen ist, dass nach dem Vergütungssystem des SGB XI neben die Vergütungs- und Entgeltsätze noch der durch öffentliche Fördermittel nicht gedeckte Investitionsaufwand tritt und gesondert berechnet werden kann (§ 82 Abs. 3 und 4 SGB XI). Hinzu kommt außerdem der Aufwand für gesondert berechenbare Zusatzleistungen (§ 88 SGB XI). Nach den Ergebnissen der Infratest-Studie sind hierfür durchschnittlich folgende Beträge aufzuwenden:

	West	Ost
Investitionskosten	635 DM	305 DM
Zusatzleistungen	412 DM	109 DM

Gemäß der Infratest-Studie sind die Vergütungssätze nach wie vor stark von den jeweiligen länderspezifischen Traditionen beeinflusst. Weitere Angaben über die aktuelle Vergütungssituation einschließlich der Personalschlüssel in den einzelnen Ländern sind der Anlage 6 zu entnehmen.

Sowohl die repräsentativ ermittelten Ergebnisse der Infratest-Studie als auch die Angaben des VdAK zeigen für die höheren Pflegeklassen in den alten Bundesländern, dass eine Differenz zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und den für die Pflege berechneten Vergütungssätzen besteht. Dagegen liegen die Pflegesätze in der Pflegeklasse I nur leicht über dem Leistungsbetrag der Pflegeversicherung von 2 000 DM in Pflegestufe I. In den neuen Bundesländern liegen die Pflegesätze in der Pflegeklasse I und II noch unterhalb der Leistungsbeträge der Pflegeversicherung. In Pflegeklasse III werden die Leistungsbeträge der Pflegeversicherung im Schnitt ebenfalls überschritten. Hinzu kommen die Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, die von den Pflegebedürftigen selbst finanziert werden müssen. Das Gleiche gilt für die gesondert berechneten Investitionskosten, die nicht im Rahmen der Finanzierung durch die öffentliche Hand abgedeckt sind, sowie die Zusatzleistungen.

4.2 Wirtschaftliche Situation der Pflegeheime

Nach den Ergebnissen der Infratest-Studie beurteilt ein großer Teil der stationären Einrichtungen die Entwicklung ihrer wirtschaftlichen Situation eher negativ (43 v. H. der befragten Einrichtungen). Dies gilt insbesondere für Einrichtungen in den alten Bundesländern. Als Begründung wurde allgemein eine „unzureichende Erlössituation“ genannt. Hierfür wurden vor allem

– die „Deckelung“ der Pflegesätze,

– unzureichende Budgets sowie

– eine fehlende Übereinstimmung der Vergütungs- und Entgeltsätze mit dem anfallenden Aufwand

verantwortlich gemacht. Ferner nannten die Einrichtungen eine – nach ihrer Auffassung – zu niedrige Einstufung der Pflegebedürftigen als Grund für eine verschlechterte wirtschaftliche Situation. Schließlich habe sich der Verwaltungsaufwand seit Einführung der Pflegeversicherung insbesondere durch die Pflegedokumentation und die Anforderungen aus der Pflege-Buchführungsverordnung erhöht.

4.2.1 Erlössituation

Hierzu ist zunächst anzumerken, dass die befristeten Regelungen zur „Deckelung“ der Pflegesätze zum Ende des Jahres 1998 ausgelaufen sind.

Soweit geltend gemacht wird, dass die Vergütungen und Entgelte nicht leistungsgerecht sind, ist darauf hinzuweisen, dass bereits das geltende Recht den Einrichtungen einen gesetzlichen Anspruch auf leistungsgerechte Vergütungen einräumt, die es ihnen erlauben, bei wirtschaftlicher Betriebsführung, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Gleichwohl will die Bundesregierung durch eine Neustrukturierung des Vertrags- und Vergütungsrechts nach dem SGB XI dazu beitragen, dass der Anspruch auf leistungsgerechte Vergütungen in den Vertragsverhandlungen mit den Kostenträgern besser und effektiver zur Geltung gebracht werden kann. Sie hat daher die Einführung von Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie Personalrichtwertvereinbarungen im Rahmen des Entwurfs eines Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege vorgeschlagen[26].

4.2.2 Einstufung bei Pflegebedürftigkeit und Vergütung

Soweit für eine verschlechterte Erlössituation weiter geltend gemacht wird, dass die Einstufungskriterien

[26] siehe dazu im Einzelnen unter C.I.3.1.

für die Pflegebedürftigkeit nicht sachgerecht seien, ist auf folgenden Zusammenhang, der auch bereits im Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung beschrieben worden ist, hinzuweisen:

Im Wege der Verhandlung müssen die für jedes Heim individuell zu vereinbarenden Entgelte – wie dargelegt – dem Pflegeheim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Bei der Bemessung der Vergütungen für die pflegebedingten Leistungen (Pflegesätze), sind zwei wichtige Gesichtspunkte zu berücksichtigen:

– Soweit der vereinbarte Pflegesatz die leistungsrechtlichen Grenzen der Pflegekassen übersteigt, ist das Pflegeheim befugt, den überschießenden Teil dem Pflegebedürftigen selbst oder gegebenenfalls dem zuständigen Sozialhilfeträger in Rechnung zu stellen. Denn kein Heim kann gezwungen werden, seine Leistungen unterhalb seiner „Gestehungskosten“ anzubieten.

– Der Pflegesatz schließt auch Entgeltbestandteile für Leistungen ein, die bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung des Pflegebedürftigen zu einer Pflegestufe nach der Systematik des SGB XI nicht berücksichtigt werden, nämlich die medizinische Behandlungspflege und die soziale Betreuung, die über rein pflegerische Bedürfnisse hinausgeht. Letztere umfasst auch die allgemeine Anleitung, Beaufsichtigung und Betreuung altersverwirrter Menschen.

Mit der Einbeziehung der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege in den Pflegesatz wird die Refinanzierung der allgemeinen Betreuung altersverwirrter Menschen und der medizinischen Behandlungspflege auf eine rechtlich abgesicherte Grundlage gestellt, obwohl diese Aufwendungen bei der Begutachtung nicht berücksichtigt werden.

4.2.3 Verwaltungsaufwand

Soweit ein erhöhter Verwaltungsaufwand beklagt wird, muss die Kritik der Einrichtungsträger ernst genommen werden. Dies setzt zunächst eine eingehende Analyse der Situation voraus.

Insbesondere die Pflege-Buchführungsverordnung (PBV) wird häufig in den Mittelpunkt einer verwaltungsbezogenen Kritik gestellt. In der Pflege ist die PBV erforderlich, weil der Gesetzgeber im SGB XI die nachträgliche Selbstkostenerstattung abgeschafft und durch ein prospektives Vergütungssystem ersetzt hat. Eine prospektive Schätzung der Pflegekosten als Grundlage für eine leistungsgerechte Vergütung ist aber ohne eine Kosten- und Leistungsrechnung nicht denkbar. Diese erfordert aber wiederum die doppelte Buchführung. Erforderlich ist diese Verordnung auch, um ein effektives innerbetriebliches Führungsinstrument für die Leitung der Pflegeeinrichtung zu schaffen.

Mit ihr werden Grundregeln für die Beschaffung und den Nachweis der Daten aufgestellt, die für den Abschluss von Versorgungsverträgen und Vergütungsverhandlungen, für die Abgrenzung der verschiedenen Leistungsbereiche innerhalb der Pflegeversicherung (Pflege, Unterkunft und Verpflegung, Zusatzleistungen) sowie für die Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen zwingend erforderlich sind. Außerdem erfordert der Einsatz von Beitrags- und Steuermitteln den Nachweis ihrer ordnungsgemäßen Verwendung.

Zu Pflegedokumentationen in Pflegeheimen ist grundsätzlich anzumerken, dass sie schon vor Einführung der Pflegeversicherung üblich waren und schon vorher als notwendiges Instrument zur Qualitätssicherung, insbesondere auch unter dem Aspekt der Absicherung der Einrichtung in Haftungsfragen von den Verbänden der Heimträger und Pflegeberufe entwickelt worden sind. Insbesondere aus pflegefachlicher Sicht wird die Pflegedokumentation im Rahmen der zunehmenden Professionalisierung der Pflege als grundlegender Bestandteil einer Pflegeplanung verstanden. Nur mit der Pflegedokumentation ist es möglich – ausgehend vom Hilfebedarf des Bewohners – ein Pflegeziel zu formulieren und den zu einem bestimmten Zeitpunkt erreichten Pflegezustand zu beschreiben.

VI. Auswirkungen der Pflegeversicherung im Bereich der Sozialhilfe

1. Rückgang bei der pflegebedingten Inanspruchnahme von Sozialhilfe

Ein wesentliches sozialpolitisches Ziel der Pflegeversicherung war, durch die Leistungen der Pflegeversicherung möglichst viele Sozialhilfeempfänger aus der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit herauszuführen. Die nachfolgenden empirischen Ergebnisse über die Entwicklung der „Hilfe zur Pflege“ im Rahmen der Sozialhilfe beruhen auf der amtlichen Sozialhilfestatistik. Sie beziehen sich auf die Berichtsjahre 1994 bis 1998.

1.1 Ambulante Pflege

Wie die amtliche Sozialhilfestatistik zeigt, sind die Empfängerzahlen der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen mit der Einführung der ersten Stufe der Pflegeversicherung vom Jahresende 1994 zum Jahresende 1995 um knapp 60 v. H. von rd. 157 000 auf rd. 74 000 zurückgegangen. Eine volle Ausschöpfung der Anspruchsberechtigten (Erfassungsgrad) war damit aber im Einführungsjahr noch nicht erreicht. Im darauf folgenden Jahr nach Überwindung der bei der Umsetzung der Pflegeversicherung entstandenen Probleme ging die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege nochmals deutlich zurück. Insgesamt ist damit die Empfängerzahl bei der Hilfe zur Pflege außerhalb von Einrichtungen – bezogen auf das Jahresende 1994 – um rd. zwei Drittel reduziert worden und hat sich bei rd. 60 000 Empfängern stabilisiert. Setzt man diese Zahl von 60 000 Hilfeempfängern ins Verhältnis zur aktuellen Gesamtzahl der rd. 1,35 Millionen Bezieher von ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung, so wird deutlich, dass es im häuslichen Bereich durch

die Pflegeversicherung gelungen ist, den ganz überwiegenden Teil der Pflegebedürftigen aus der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit herauszuführen. Berücksichtigt man, dass in der Zahl von 60 000 Hilfeempfängern auch Personen enthalten sind, die nicht versichert oder nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, so ist davon auszugehen, dass weit unter 5 v. H. der Bezieher der ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung gegenwärtig noch zusätzliche Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) erhalten.

1.2 Stationäre Pflege

Im Jahr 1995 hat sich die Anzahl der Empfänger der Hilfe zur Pflege in Einrichtungen gegenüber dem Jahr 1994 noch um rd. 20 000 auf 288 199 Personen erhöht. Mit der Umsetzung der zweiten Stufe der Pflegeversicherung zum 1. Juli 1996 ist dann ein deutlicher Rückgang der Empfängerzahlen feststellbar, wenn auch nicht in gleicher Größenordnung wie im ambulanten Bereich. Bezogen auf das Jahresende 1995 gab es 1998 im stationären Bereich rd. 130 000 Personen weniger, die auf pflegebedingte Leistungen angewiesen waren. Dies entspricht einem Rückgang von rd. 44,4 v. H. Setzt man die Zahl von rd. 160 000 Hilfeempfängern zum Jahresende 1998 ins Verhältnis zur aktuellen Gesamtzahl der rd. 490 000 Bezieher von stationären Leistungen der Pflegeversicherung (darin sind die pflegebedürftigen Behinderten, die Leistungen nach § 43a SGB XI beziehen, nicht enthalten), so wird deutlich, dass es auch im stationären Bereich durch die Pflegeversicherung gelungen ist, für den überwiegenden Teil der Pflegebedürftigen eine pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit zu vermeiden. Berücksichtigt man auch hier, dass in der Zahl von 160 000 Hilfeempfängern Personen enthalten sind, die nicht versichert oder nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, so ist davon auszugehen, dass von den Beziehern der stationären Leistungen der Pflegeversicherung weniger als 25 v. H. zusätzliche Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz erhalten.

1.3 Zur Entwicklung der Zahl der Empfänger/-innen von Hilfe zur Pflege

Die Anzahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen nach dem Bundessozialhilfegesetz ist in ganz Deutschland von 453 613 Personen im Jahr 1994 auf 222 231 Personen im Jahr 1998 zurückgegangen. Dies bedeutet, dass sich in Deutschland insgesamt die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen in diesen vier Jahren um 231 382 Personen bzw. 51 v. H. verringert hat. Für die neuen Länder ist das Ergebnis noch beachtlicher. Dort ist die Zahl der Empfänger von Hilfe zur Pflege innerhalb und außerhalb von Einrichtungen in diesem Zeitraum um 68 587 Personen bzw. 68 v. H. zurückgegangen (siehe Tabelle 1, Seite 45).

Die Sozialhilfestatistik gibt zudem darüber Auskunft, in wie vielen Fällen von den Sozialhilfeempfängern zusätzlich zu den Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers auch Hilfe zur Pflege nach dem BSHG bezogen wurde. Diese Zahlen sind allerdings im Gegensatz zu den Angaben in Tabelle 1 (Stichtagsstatistik zum 31. Dezember) nur als Jahresdurchschnittswert verfügbar.

Wurden 1994 von den Sozialhilfeträgern im Verlauf des Jahres in Deutschland insgesamt noch rd. 560 000 Personen Leistungen zur Pflege gewährt, so ist die Anzahl bis 1998 auf rd. 290 000 Personen zurückgegangen. Mit etwa 100 000 ist dagegen die Anzahl der Personen, die neben der Hilfe zur Pflege Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers erhalten, in etwa unverändert geblieben (siehe Tabelle 2, Seite 46). Zu vermuten ist, dass es sich hier um Personen mit besonders hohen Heimkosten handelt, die auch nach Einführung der Pflegeversicherung weiterhin auf Sozialhilfe angewiesen sind (siehe Tabelle 2, Seite 46).

1.4 Finanzielle Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Sozialhilfe

Zu den finanziellen Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Sozialhilfe ist im Wesentlichen Folgendes auszuführen: In den Jahren 1994 bis 1998 sind die Ausgaben der Träger der Sozialhilfe für die Hilfe zur Pflege innerhalb von Einrichtungen von rd. 16 Mrd. DM auf rd. 5 Mrd. DM zurückgegangen, was Einsparungen von gut 68 v. H. entspricht. Im ambulanten Bereich sanken im gleichen Zeitraum die Aufwendungen von rd. 1,6 Mrd. DM auf knapp 800 Mio. DM. Das bedeutet einen Rückgang von rd. 52 v. H. Dabei betrugen die Aufwendungen für die Hilfe zur Pflege in Form von Pflegegeld 1998 weniger als ein Viertel (255 Mio. DM) des Ausgangswertes von 1994 (1,1 Mrd. DM).

In den neuen Ländern hat die Einführung der Pflegeversicherung zu einem noch deutlicheren Ausgabenrückgang bei den Trägern der Sozialhilfe geführt als im alten Bundesgebiet. Hier sanken die Aufwendungen im stationären Bereich um 86 v. H., im ambulanten Bereich um ca. 63 v. H. und bei den Aufwendungen für die Hilfe zur Pflege in Form von Pflegegeld auf unter ein Fünftel des Ausgangswertes.

Die Daten der amtlichen Sozialhilfestatistik (siehe Tabelle 3, Seite 47) weisen daraufhin, dass die Pflegeversicherung zu einer deutlichen finanziellen Entlastung der Träger der Sozialhilfe beigetragen hat. In dem von der Sozialhilfestatistik erfassten Ausgabenbereich der Hilfe zur Pflege wurden im Jahr 1998 von den Sozialhilfeträgern knapp 12 Milliarden DM weniger ausgegeben als im Jahr 1994, dem letzten Jahr vor Inkrafttreten der Pflegeversicherung. Ein mit der Einführung der Pflegeversicherung politisch verfolgtes Ziel, nämlich die Entlastung der Sozialhilfeträger, wurde damit erreicht.

Das vorrangige Ziel, möglichst viele Pflegebedürftige unabhängig von der Sozialhilfe zu machen, wurde ebenfalls erreicht. Es ist gelungen, den Anteil der Sozialhilfeempfänger an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen deutlich zu senken und das Ausmaß der pflegebedingten Sozialhilfeabhängigkeit in einem erheblichen Umfang zu verringern.

Tabelle 1

Empfänger von Hilfe zur Pflege am Jahresende			
Jahr	Insgesamt[1)]	Außerhalb von Einrichtungen	In Einrichtungen
		Anzahl der Empfänger	
		Früheres Bundesgebiet	
1994	352 798	156 554	200 067
1995	295 193	73 666	221 934
1996	235 807	56 970	178 984
1997	211 463	54 950	156 636
1998	190 003	53 424	136 759
		Neue Länder und Berlin-Ost	
1994	100 815	32 700	68 315
1995	77 635	11 426	66 265
1996	49 533	9 417	40 152
1997	39 448	9 446	30 036
1998	32 228	8 778	23 579
		Deutschland	
1994	453 613	189 254	268 382
1995	372 828	85 092	288 199
1996	285 340	66 387	219 136
1997	250 911	64 396	186 672
1998	222 231	62 202	160 238

1) Mehrfachzählungen wurden soweit erkennbar ausgeschlossen.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2 Sozialhilfe, 1994 ff.

Tabelle 2

Empfänger/-innen von Hilfe zur Pflege außerhalb und innerhalb von Einrichtungen im Jahresdurchschnitt		
Jahr	gewährte Hilfen	
	insgesamt	darunter mit zusätzlichen Pflegeleistungen eines Sozialversicherungsträgers
	Früheres Bundesgebiet	
1994*)	436 327	76 557
1995**)	456 394	71 881
1996	338 550	87 555
1997	276 676	83 526
1998	247 958	87 601
	Neue Länder und Berlin-Ost	
1994	127 125	19 508
1995	117 242	15 080
1996	87 815	29 245
1997	51 604	23 258
1998	41 314	19 413
	Deutschland	
1994*)	563 452	96 065
1995**)	573 636	86 961
1996	426 365	116 800
1997	328 280	106 784
1998	289 299	107 014

*) Für das Berichtsjahr 1994 fehlen die Angaben von Hamburg und Bremen; die Meldungen aus Niedersachsen waren lückenhaft.

**) Für das Berichtsjahr 1995 fehlen die Daten aus Bremen.

Quelle: Statistisches Bundesamt: Fachserie 13, Reihe 2, Sozialhilfe 1994 ff.

Tabelle 3

Ausgaben der Sozialhilfe für Hilfe zur Pflege in DM

Jahr	Insgesamt	In Einrichtungen	Außerhalb von Einrichtungen	davon	
				Pflegegeld	sonstige Hilfe zur Pflege
Früheres Bundesgebiet					
1991	11 055 197 378	9 761 532 651	1 293 664 727	972 044 399	321 620 327
1992	12 631 714 696	11 357 469 928	1 274 244 768	915 266 825	358 977 941
1993	13 756 277 523	12 374 280 642	1 381 996 881	973 424 020	408 572 830
1994	14 581 531 279	13 126 994 660	1 454 536 619	1 001 644 670	452 891 949
1995	14 336 309 576	13 361 589 570	974 720 006	495 195 512	479 524 494
1996	11 653 109 538	10 920 547 670	732 561 868	261 906 523	470 655 345
1997	6 094 697 937	5 390 847 686	703 850 251	239 721 328	464 128 923
1998	5 389 720 625	4 667 995 288	721 725 337	229 456 655	492 268 682
Neue Länder und Berlin-Ost					
1991	1 642 991 472	1 597 923 302	45 068 170	37 442 346	7 625 823
1992	2 051 951 994	1 915 021 352	136 930 642	114 498 074	22 432 567
1993	2 725 111 011	2 549 594 717	175 516 294	144 965 482	30 550 810
1994	3 141 709 488	2 962 667 198	179 042 290	144 274 993	34 767 297
1995	3 136 834 020	3 043 252 421	93 581 599	59 690 730	33 890 869
1996	2 233 414 398	2 165 014 274	68 400 124	31 928 030	36 472 094
1997	749 732 653	685 888 237	63 844 416	24 969 518	38 874 898
1998	480 305 740	413 247 672	67 058 068	25 661 626	41 396 442
Deutschland					
1991	12 698 188 850	11 359 455 953	1 338 732 897	1 009 486 745	329 246 150
1992	14 683 666 690	13 272 491 280	1 411 175 410	1 029 764 899	381 410 508
1993	16 481 388 534	14 923 875 359	1 557 513 175	1 118 389 502	439 123 640
1994	17 723 240 767	16 089 661 858	1 633 578 909	1 145 919 663	487 659 246
1995	17 473 143 596	16 404 841 991	1 068 301 605	554 886 242	513 415 363
1996	13 886 523 936	13 085 561 944	800 961 992	293 834 553	507 127 439
1997	6 844 430 590	6 076 735 923	767 694 667	264 690 846	503 003 821
1998	5 870 026 365	5 081 242 960	788 783 405	255 118 281	533 665 124

Hinweis: Es ist zu beachten, dass ab 1994 die Ausgaben für Asylbewerber nicht mehr in der Sozialhilfestatistik enthalten sind. Asylbewerber erhalten seit Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes am 1. November 1993 anstelle der Sozialhilfe Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie 13, Reihe 2 Sozialhilfe, 1994 ff.

2. Pflegebedürftige in Einrichtungen der Behindertenhilfe (Umwidmungsproblematik)

Vor dem Hintergrund, dass Pflegebedürftige in Einrichtungen der Behindertenhilfe von der Pflegeversicherung lediglich Leistungen von maximal 500 DM monatlich nach § 43a SGB XI erhalten, gab es immer wieder Beschwerden von Behindertenverbänden und Einrichtungsträgern, dass Sozialhilfeträger Behinderteneinrichtungen dazu drängen, sich ganz oder teilweise in Pflegeheime bzw. -abteilungen umzuwandeln bzw. die Verlegung pflegebedürftiger behinderter Menschen in Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen, damit behinderte Menschen mit erheblichem Pflegebedarf in die Lage versetzt werden, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung für den stationären Bereich voll auszuschöpfen. In dem Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung sind der seinerzeit gegebene Sachstand dieser Problematik ausführlich beschrieben und auch die Bemühungen der Beteiligten aufgezeigt worden, hier zu einvernehmlichen Lösungen zu kommen. Seit 1998 ist hier folgende Entwicklung eingetreten:

Der Deutsche Bundestag hat in einer fraktionsübergreifenden Entschließung am 20. April 1998 (bei Enthaltung der PDS) zu der Problematik Stellung genommen, dass Sozialhilfeträger Behinderteneinrichtungen dazu drängen, sich zumindest teilweise in Pflegeeinrichtungen umzuwidmen, um nicht nur die Leistung der Pflegeversicherung von maximal 500 DM monatlich nach § 43a SGB XI zu erhalten, sondern möglichst die höheren Sachleistungen der Pflegeversicherung zugunsten der Sozialhilfe auszuschöpfen. Die Entschließung (AuS-Ausschussdrucksache 1359; Bundestagsdrucksache 13/10312) hat folgenden Wortlaut:

„Zu der Umwidmungsproblematik von vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in Pflegeeinrichtungen, stellt der Deutsche Bundestag fest:

1. Der im Vermittlungsverfahren zum Ersten SGB XI-Änderungsgesetz als Kompromiss beschlossene § 43a SGB XI sollte der Umwidmung und der damit verbundenen Umstrukturierung von Einrichtungen der Behindertenhilfe entgegenwirken, um den dort praktizierten und bewährten ganzheitlichen Betreuungsansatz für Behinderte zu erhalten.
2. Der Deutsche Bundestag bekräftigt deshalb:
   – Die Ganzheitlichkeit des Betreuungsansatzes in Einrichtungen der Behindertenhilfe darf nicht gefährdet werden. Allein aus finanziellen Interessen der Sozialhilfeträger darf es nicht zu einer Umwidmung in Pflegeplätze kommen.
   – Eine Anhebung der Leistungen der Pflegeversicherung für pflegebedürftige Behinderte in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ist kein geeigneter Weg zur Lösung der Problematik, weil dadurch
     – der weit überwiegende Teil der Behinderten weiterhin (bei Vorliegen der übrigen sozialhilferechtlichen Voraussetzungen) Eingliederungshilfe beziehen müsste. Für diesen weit überwiegenden Teil der Behinderten verringerte die Anhebung der Leistungen der Pflegeversicherung nur das Ausmaß der Abhängigkeit von der Sozialhilfe, beseitigte diese Abhängigkeit jedoch nicht.
     – das Kostengefälle zwischen vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und Pflegeeinrichtungen nicht beseitigt würde. Der finanzielle Anreiz für die Sozialhilfeträger zur Umwidmung bestünde weiter.
3. Der Deutsche Bundestag fordert die Sozialhilfeträger deshalb auf, den in § 43a SGB XI zum Ausdruck gebrachten Willen des Gesetzgebers zu respektieren und sicherzustellen, dass kein pflegebedürftiger behinderter Mensch gegen seinen Willen allein aus finanziellen Gründen gezwungen wird, in eine Pflegeeinrichtung zu gehen oder zu wechseln.“

Aufgrund wiederholter Beschwerden von Behindertenverbänden und Einrichtungsträgern ist die Umwidmungsproblematik im Februar/März 2000 erneut Gegenstand von Beratungen des Bundestages gewesen. Im Rahmen einer Beschlussempfehlung des in der 14. Wahlperiode nunmehr für die Sozialhilfe zuständigen AuS-Ausschusses zur Reform des Behindertenrechts vom 25. Februar 2000 (Bundestagsdrucksache 14/2913), der insbesondere auch der mitberatende – und früher für die Sozialhilfe zuständige – Ausschuss für Gesundheit zugestimmt hat, heißt es u. a.:

„…

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung mit Blick auf das Erfordernis einer zukunftsweisenden Behindertenpolitik, die alle durch Alter, Geschlecht oder Lebenssituation unterschiedlichen Gruppen von Menschen mit Behinderungen berücksichtigt, auf, möglichst umgehend

5. den Willen des Gesetzgebers nochmals klarzustellen, dass es nicht allein aus finanziellen Gründen zu einer Umwandlung von Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Pflegeheime und zur Verlegung von Personen aus Eingliederungsplätzen in Pflegeheime kommen darf;

…“

Die Beschlussempfehlung ist vom Bundestag am 19. Mai 2000 angenommen worden.

Die Bundesregierung hat in der Antwort auf eine Große Anfrage zur „Reform des Behindertenrechts“ (Bundestagsdrucksache 14/3681) ebenfalls ihre Haltung zu der Problematik deutlich gemacht. Dort heißt es:

„Frage 49:

Wie beurteilt die Bundesregierung Berichte von Behindertenverbänden, dass Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe von den Sozialhilfeträgern aufgefordert werden, sich ganz oder teilweise in Pflegeabteilungen bzw. -heime umzuwandeln, damit behinderte Menschen mit erheblichem Pflegebedarf in die Lage versetzt werden, die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung für den stationären Bereich voll auszuschöpfen?

Der Bundesregierung sind seit Einführung des § 43a SGB XI derartige Berichte bekannt (vgl. Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Bundestagsdrucksache 13/9528, B VI. 4.2 – Seite 34 –). Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe widersprechen allerdings diesen Berichten, insbesondere der Behauptung, die Träger der Sozialhilfe übten Druck auf die Einrichtungen der Behindertenhilfe aus. Sie verweisen auf ihren Ende Oktober 1997 gefassten förmlichen Beschluss, wonach sie in der Regel aus Härtegesichtspunkten nicht verlangen, dass behinderten Menschen, die fast ausschließlich oder weit überwiegend pflegebedürftig sind, von Einrichtungen der Behindertenhilfe in zugelassene Pflegeeinrichtungen verlegt werden. Diese sollen weiterhin in Einrichtungen der Behindertenhilfe alle ihnen zustehenden Hilfen bedarfsdeckend und fachgerecht erhalten. Diesem Beschluss haben sich der Deutsche Landkreistag und der Deutsche Städtetag ausdrücklich angeschlossen. Nach Auskunft der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe wird in der Praxis durchgängig nach diesem Beschluss verfahren.

Aus Sicht der Bundesregierung ist hierzu festzustellen, dass sich der angeführte Beschluss der überörtlichen Träger der Sozialhilfe ausschließlich mit der Einzelfallbehandlung befasst. Insofern löst die Beschlusslage der überörtlichen Sozialhilfeträger die in der Frage angesprochene Umwidmungsproblematik nicht vollständig.

Bei der Vorschrift des § 43a handelt es sich um einen Kompromiss, der im Mai 1996 im Vermittlungsverfahren zum 1. SGB XI-Änderungsgesetz gefunden wurde. Er sollte, dies war gemeinsames Ziel aller am Vermittlungsverfahren Beteiligten, also auch der für die Durchführung der Sozialhilfe zuständigen Bundesländer, einer Umwidmung und der damit verbundenen Umstrukturierung von Behinderteneinrichtungen entgegenwirken, um den in den Einrichtungen der Behindertenhilfe praktizierten und bewährten ganzheitlichen Betreuungsansatz zu erhalten.

Frage 50:

Was beabsichtigt die Bundesregierung – sollte sie die Vorwürfe der Behindertenverbände für gerechtfertigt halten – gegen die Umwandlung von Einrichtungen der Behindertenhilfe in Pflegeplätze zu unternehmen?

Die Bundesregierung beabsichtigt, hier auf klare gesetzliche Regelungen im Bereich der Sozialhilfe hinzuwirken, damit eine dem Sinn und Zweck des § 43a Sozialgesetzbuch XI widersprechende Vorgehensweise nicht weiter möglich ist. Sie strebt eine Lösung im Rahmen der Schaffung eines Neunten Buches Sozialgesetzbuch an.“

Das BMA hat im Sommer 2000 eine Umfrage bei den Verbänden der Kostenträger und Einrichtungen zum aktuellen Sachstand der Umwidmungsproblematik veranlasst. Nach den von der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und den Spitzenverbänden der Pflegekassen mitgeteilten Ergebnissen der Mitgliederbefragungen laufen zurzeit noch bei etwa 30 Einrichtungen Verhandlungen über die Struktur dieser Einrichtungen. Hiervon sind allein 17 Einrichtungen in Schleswig-Holstein betroffen. Das Diakonische Werk der EKD e. V., der Deutsche Caritasverband e. V., die Arbeiterwohlfahrt e. V., der Paritätische Wohlfahrtsverband e. V. und die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. verfügen hierzu nach der Umfrage über keine bundesweiten Zahlen zum Umfang der bisher durchgeführten, möglicherweise noch bevorstehenden oder bisher verhinderten Umwidmungen.

Die Erfahrungen der Verbände mit der Umwidmungsproblematik sind den Umfrageergebnissen zufolge teilweise – auch in den einzelnen Bundesländern – sehr unterschiedlich. So sind einem Verband – außer von Schleswig-Holstein und Thüringen – keine „gezielten Umwidmungen im engeren Sinne von Einrichtungen der Behindertenhilfe nach BSHG in Pflegeeinrichtungen nach SGB XI bekannt geworden.“ Einrichtungen eines anderen Verbandes sind durch die Umwandlung von Wohnheimen in Pflegeheime bzw. Pflegeabteilungen nur ausnahmsweise betroffen, da die von diesem Verband und seinen Orts- und Kreisvereinen entwickelten Konzepte, die fast ausnahmslos auf eine ganzheitliche Betreuung behinderter Menschen ausgerichtet sind, solche Umwandlungen weitgehend verhindert haben. Ein Verband der freien Wohlfahrtspflege fasst seine Erfahrungen dahingehend zusammen, dass die Intensität der Umwidmungsproblematik in den letzten beiden Jahren aus unterschiedlichen Gründen abgenommen hat.

Aus den Stellungnahmen der Verbände ist im Übrigen zu entnehmen, dass negative Erfahrungen im Zusammenhang mit der Umwidmungsproblematik auch zum Teil auf Erfahrungen von Einrichtungen in den neuen Ländern beruhen. Diese wiederum resultieren zu einem erheblichen Teil daraus, dass die in den neuen Ländern noch aus der DDR-Zeit vorhandenen „gemischten“ Einrichtungen behinderte Menschen und Pflegebedürftige zusammengefasst hatten und Finanzhilfen für Investitionen in Pflegeeinrichtungen im Beitrittsgebiet nach Artikel 52 PflegeVG in Anspruch genommen haben. Diese Finanzhilfen dürfen nur von Einrichtungen in Anspruch genommen werden, die sich mindestens in Teilen als Pflegeeinrichtung definieren. Dementsprechend können die Finanzhilfen nur dazu verwendet werden, die für den Betrieb von

Pflegeeinrichtungen notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wieder zu beschaffen, zu ergänzen, instandzuhalten oder instandzusetzen sowie die Erstausstattung mit den betriebsnotwendigen Wirtschaftsgütern zu finanzieren (Investitionsmaßnahmen). Die mit solchen Finanzmitteln finanzierten Einrichtungen sind auf die Dauer von 30 bis 35 Jahren verpflichtet, in den „Pflegeabteilungen“ Pflegebedürftige zu versorgen. Eine „Rückumwandlung“ solcher „Pflegeabteilungen“ ist nur möglich, wenn die Einrichtungsträger die nach Artikel 52 PflegeVG erhaltenen Finanzhilfen zurückzahlen. Die hieraus resultierende Problematik ist folglich von der vorstehend beschriebenen Umwidmungsproblematik zu trennen.

Insgesamt ist aufgrund der Berichte der Sozialhilfeträger und der Erfahrungen der Spitzenverbände der Pflegekassen sowie der Mehrzahl der Verbände festzustellen, dass es – entgegen dem Willen des Gesetzgebers – in einigen Bundesländern zu Umwidmungen von Plätzen in Einrichtungen der Behindertenhilfe in Pflegeplätze gekommen ist.

Vor diesem Hintergrund soll deshalb im Rahmen der von der Regierungskoalition von SPD und Bündnis 90/Die Grünen beabsichtigten Reform des Behindertenrechts und der damit verbundenen Schaffung eines Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) – wie oben bereits ausgeführt – die Problematik aufgegriffen und einer befriedigenden Lösung zugeführt werden.

VII. Entwicklung der Pflegeinfrastruktur

Für eine Beurteilung der Pflegeinfrastruktur ist zu berücksichtigen, dass nach dem politischen Kompromiss zum Finanzierungssystem der Pflegeversicherung die Länder verantwortlich sind für den Auf- und Ausbau der pflegerischen Infrastruktur (§ 9 SGB XI).[27]

Die Entwicklung der pflegerischen Infrastruktur stellt sich regional höchst differenziert dar. Mit Blick auf die neuen Länder ist hervorzuheben, dass die Infrastruktur durch die Förderung der Einrichtungen aufgrund des Bundesfinanzhilfeprogramms nach Art. 52 Pflege-Versicherungsgesetz maßgeblich mitbestimmt wird[28].

[27] Vor diesem Hintergrund hat das Bundesgesundheitsministerium zur Erstellung dieses Berichts eine Länderumfrage über den Stand und die Entwicklung der pflegerischen Infrastruktur durchgeführt. Die nachfolgenden Ausführungen beruhen zu maßgeblichen Teilen auf den Länderangaben, auf der vom Bundesgesundheitsministerium beim Institut Infratest in Auftrag gegebenen Studie zu Wirkungen der Pflegeversicherung sowie auf Angaben der Pflegekassen und ihrer Verbände. Weitere Angaben können beispielsweise dem Landespflegeplan 2000 von Baden-Württemberg, dem Pflegerahmenplan nach § 3 Niedersächsisches Pflegegesetz, der Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur in Hamburg, dem Bericht der nordrhein-westfälischen Landesregierung zu den Wirkungen des Gesetzes zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes sowie dem Bericht zur Umsetzung der Pflegeversicherung in Schleswig-Holstein entnommen werden.

[28] siehe hierzu unter C.IX.

Allgemein ist zunächst darauf hinzuweisen, dass nach den Angaben der Pflegekassen die Anzahl ambulanter und vollstationärer Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag um ca. 9 v. H. von 1998 bis 2000 im Bundesdurchschnitt gestiegen ist.

1. Ambulanter Bereich

1.1 Anzahl der Pflegedienste

Aus den Angaben der Pflegekassen ergibt sich, dass in der Bundesrepublik derzeit rd. 12 900 ambulante Pflegedienste zugelassen sind und seit 1998 die Anzahl der Anbieter an ambulanten Einrichtungen um ca. 1 150 gestiegen ist[29].

Die Infratest-Studie über die Wirkungen der Pflegeversicherung zeigt, dass die Infrastruktur der ambulanten pflegerischen Versorgung inzwischen einen Stand erreicht hat, der für die Versorgung der pflegebedürftigen Bevölkerung rein quantitativ als ausreichend bezeichnet werden kann. Aus den Angaben der Einrichtungen im Rahmen der Studie ist nicht erkennbar, ob die Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen die derzeitigen Kapazitäten übersteigt. Gleichwohl plane etwa ein Drittel der befragten Einrichtungen in den nächsten Jahren eine Erweiterung der Pflegekapazitäten.

Die nachfolgend exemplarisch herausgegriffenen Beispiele einzelner Länder belegen, dass im Bereich der ambulanten Versorgung von einem flächendeckenden Versorgungsangebot ausgegangen werden kann:

Das Sozialministerium **Baden-Württemberg** bestätigt die in den letzten Jahren erfolgte Zunahme des Angebotes an ambulanten Diensten. Zwar habe Baden-Württemberg bereits vor der Einführung der Pflegeversicherung über ein ausgebautes Netz an ambulanten Pflegediensten verfügt, mit der Einführung der Pflegeversicherung habe die Zahl der Anbieter jedoch weiter zugenommen. Nach der Erhebung über die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg Anfang 1999 waren 1 126 ambulante Pflegedienste mit Versorgungsvertrag tätig. Davon haben 448 auch Leistungsangebote außerhalb des Leistungsspektrums von SGB XI/SGB V vorgehalten; diese Leistungen sind entweder von den zugelassenen Pflegediensten selbst oder im Rahmen eines Kooperationsvertrages mit Mobilen Sozialen Diensten bzw. Nachbarschaftshilfen erbracht worden. Angaben der Pflegekassen vom Mai 2000 belegen eine weitere Zunahme der ambulanten zugelassenen Pflegedienste in Baden-Württemberg auf insgesamt rd. 1 300.

Die Senatsverwaltung des Landes **Berlin** vermutet ein Überangebot an ambulanten Pflegediensten. Generell gesehen hat sich in Berlin das Angebot an ambulanten Pflegediensten in den letzten Jahren konsolidiert; mit geringen Über- und Unterschreitungen hat sich die Zahl der Vertragspartner bei etwa 350 eingependelt.

[29] siehe Anlage 7.

Bei den Neugründungen von Pflegeeinrichtungen in Berlin zeichnet sich offenbar ab, dass zunächst Versorgungsverträge mit den Pflegekassen und erst nach Etablierung des Pflegebetriebes im Markgeschehen auch entsprechende Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen werden. Durch organisatorische Zusammenlegungen von Pflegediensten der freien Wohlfahrtspflege und neugegründeten Pflegediensten, fast ausschließlich im privaten Bereich, hat sich die Zahl der ambulanten Dienste in Berlin zugunsten der Pflegedienste in privater Trägerschaft verschoben.

Während es nach Auskunft des **hessischen** Sozialministeriums im Jahre 1995 in Hessen 660 ambulante Pflegedienste gab, von denen 61 in kommunaler, 334 in freigemeinnütziger und 265 in privatgewerblicher Trägerschaft waren, hat sich die Anzahl an ambulanten Pflegediensten bis 1999 in Hessen um ca. 50 v. H. erhöht. 1999 gab es danach 989 ambulante Pflegedienste, von denen 58 in kommunaler, 302 in freigemeinnütziger sowie 629 in privatgewerblicher Trägerschaft waren; gerade der Anteil privater Anbieter hat in Hessen einen hohen Zuwachs erfahren.

Auch das **niedersächsische** Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales weist darauf hin, dass Niedersachsen derzeit über ein großes und flächendeckendes Angebot an Pflegediensten verfügt. Die Zahl der Pflegedienste hat sich seit Inkrafttreten der ambulanten Leistungen nach dem SGB XI ständig erhöht – von ca. 450 im Jahre 1995 auf 960 Mitte des Jahres 1996, von 1 100 Mitte des Jahres 1999 bis rund 1 150 im Jahre 2000. Erkennbar ist eine deutlich rückläufige Steigerungsrate; dies deutet auf eine zunehmend hinreichende Versorgungslage mit solchen Diensten hin. Eine ortsnahe Versorgung der pflegebedürftigen Menschen in Niedersachsen ist durch die mobile Angebotsform der Dienste gesichert. Außerdem gewährleistet die räumliche Verteilung der Pflegedienste auch in vielen kleineren niedersächsischen Städten und Gemeinden in den dünner besiedelten ländlichen Regionen eine flächendeckende Versorgung. Bei diesen ambulanten Pflegeeinrichtungen überwiegen bei weitem kleine Betriebe mit unter fünf oder von fünf bis unter acht Pflegekraft-Vollzeitstellen; in überwiegend ländlich strukturierten Gebieten in Niedersachsen sei dies noch ausgeprägter der Fall als in den städtischen Siedlungsräumen.

In **Nordrhein-Westfalen** ist die Anzahl der ambulanten Pflegedienste in den letzten Jahren deutlich gewachsen und zeigt, dass der Markt für ambulante Pflegeleistungen nach wie vor expandiert. Das Land konstatiert eine insgesamt deutlich verbesserte Versorgungssituation in der ambulanten Pflege, die insbesondere dem guten Verhältnis von Beschäftigten einer ambulanten Pflegeeinrichtung zur Einwohnerzahl insgesamt zuzuschreiben ist.

Ein ähnliches Bild wie in Hessen zeichnet sich auch in **Rheinland-Pfalz** ab. Nach Angaben des zuständigen Landesministeriums für Arbeit, Soziales und Gesundheit sind im Rahmen des Sicherstellungsauftrages und aufgrund der Bedarfsplanung inzwischen 131 Sozialstationen (Allgemeine Hilfezentren – AHZ) tätig. Daneben bieten auf dem „offenen Pflegemarkt“ zurzeit rund 320 überwiegend private ambulante Anbieter ihre Dienste an.

Von einem ausreichenden Angebot kann auch im **Saarland** ausgegangen werden. Nach Auskunft des saarländischen Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales hatte sich seit dem Inkrafttreten der ersten Stufe der Pflegeversicherung bis Ende 1997 die Zahl der ambulanten Pflegedienste im Saarland annähernd verdreifacht. Der Zuwachs war überwiegend auf die Gründung privatgewerblicher Pflegedienste zurückzuführen. Seit 1998 ist die Zahl der ambulanten Pflegedienste im Saarland im Wesentlichen konstant geblieben. Schließungen von privatgewerblichen und freigemeinnützigen Pflegediensten standen in etwa im gleichen Umfang Neugründungen – ausschließlich von privatgewerblichen – Pflegediensten gegenüber. Insgesamt geht das Landesministerium davon aus, dass der ambulante Pflegemarkt derzeit immer noch mehr als gesättigt ist.

1.2 Pflegedienste nach Trägern

Nach der Infratest-Studie hat etwa jede zweite ambulante Pflegeeinrichtung in der Bundesrepublik einen freigemeinnützigen Träger. In privater Trägerschaft befinden sich 43 v. H. der Einrichtungen, während den öffentlichen Trägern (Gemeinde, Stadt, Landkreis) mit einem Anteil von 4 v. H. quantitativ nur eine geringe Bedeutung in der häuslichen Pflege zukommt.

Diese Verteilung wird auch durch die Angaben aus den Ländern bestätigt. So befinden sich beispielsweise in **Baden-Württemberg** rd. 61 v. H. der ambulanten Dienste in freigemeinnütziger oder in kirchlicher, 34 v. H. in privater und 5 v. H. in öffentlicher Trägerschaft.

Die Pflegestatistik von **Nordrhein-Westfalen** zeigt, dass der Anteil der privaten Anbieter ambulanter Pflegedienste weiter wächst und den größten Anteil ambulanter Pflegedienste stellt. Entfiel im Jahre 1997 in Nordrhein-Westfalen auf die Gruppe der freien Wohlfahrtspflege noch annähernd 48 v. H., so sind dies im darauf folgenden Jahr nur noch 43 v. H. Im Vergleich dazu halten die privaten Anbieter nun annähernd 54 v. H. des Angebotes an ambulanten Pflegediensten vor gegenüber gut 51 v. H. im Jahre 1997. Mit jeweils knapp 1 v. H. aller Einrichtungen spielen öffentliche Träger bei den Anbietern der ambulanten Versorgung eine unter dem Bundesdurchschnitt liegende, untergeordnete Rolle.

In **Schleswig-Holstein** befinden sich über die Hälfte der ambulanten Pflegedienste in der Trägerschaft der freien Wohlfahrtspflege. Daneben sind ambulante Dienste privater Träger mit ca. 37 v. H. am zweitstärksten vertreten. Nur 8,3 v. H. der ambulanten Pflegeeinrichtungen befinden sich in öffentlicher, in der Regel in kommunaler Trägerschaft.

Bei einem Vergleich zwischen **alten und neuen Ländern** sind die Unterschiede in der Trägerstruktur sehr gering; lediglich der Anteil der ambulanten Pflegedienste in privater Trägerschaft fällt in den neuen Bundesländern etwas überdurchschnittlich aus.

1.3 Personalausstattung der Pflegedienste

1.3.1 Mitarbeiterstruktur

Nach der Infratest-Studie beschäftigt eine ambulante Pflegeeinrichtung durchschnittlich ca. 13 Mitarbeiter (in Vollkräfte umgerechnet). Hierbei handelt es sich um die Gesamtzahl der Mitarbeiter, unabhängig davon, ob sie im Zusammenhang mit der Pflegeversicherung tätig sind. Etwas weniger als die Hälfte der Einrichtungen beschäftigen bis zu neun Mitarbeiter und die übrigen Einrichtungen mindestens zehn Mitarbeiter. 17 v. H. der ambulanten Einrichtungen können maximal vier Vollarbeitskräfte vorweisen. 19 v. H. der Pflegeeinrichtungen weisen einen Personalbestand von mindestens 20 Mitarbeitern auf. Dies lässt gegenüber den von dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) auf Zahlen von 1995[30] basierenden Erhebungen eine Zunahme der Beschäftigten im ambulanten Bereich vermuten.

Der überwiegende Teil des Personals der Pflegeeinrichtungen hat nach Infratest keine Vollzeitstelle. Etwa 41 v. H. befinden sich in einem sozialversicherungspflichtigen Teilzeitbeschäftigungsverhältnis und 20 v. H. sind als geringfügig Beschäftigte tätig. Lediglich 39 v. H. sind Vollzeitbeschäftigte.

In den ambulanten Pflegeeinrichtungen dominiert das Pflegepersonal. 52 v. H. der beschäftigten Pflegepersonen können eine Ausbildung als Krankenschwester/Krankenpfleger aufweisen. Weitere 17 v. H. gehören zu der Berufsgruppe der examinierten Altenpfleger/-innen oder zu sonstigem Fachpersonal, wie z. B. Heilerziehungspfleger. Jede zehnte Pflegeperson kann der Rubrik sonstiges Pflegepersonal zugeordnet werden. Darunter fallen Altenpflegehelferinnen und Altenpflegehelfer, Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer sowie vergleichbare Hilfskräfte. Von dem übrigen Pflegepersonal befinden sich 2 v. H. in Ausbildungen und 16 v. H. sind ohne formelle Qualifikation.

1.3.2 Zahl der Beschäftigten

Nach Angaben von Infratest gab es im Sommer 1998 bereits 227 000 Beschäftigte in ambulanten Pflegediensten. Dabei handelte es sich ausschließlich um Festangestellte. Zusätzlich ist darauf hinzuweisen, dass auch die Beschäftigten in der Gesamtzahl enthalten sind, die ggf. ausschließlich im Bereich der häuslichen Krankenpflege oder in einer mit dem ambulanten Pflegedienst verbundenen teilstationären Einrichtung beschäftigt sind.

1.3.3 Mitarbeiterstruktur nach Trägerschaft

Bezogen auf größere Einrichtungen (zehn bis 19 Mitarbeiter) haben die freigemeinnützigen Träger nach der Studie von Infratest mit einem Anteil von etwa 60 v. H. ein Übergewicht. Im Unterschied dazu zeigt sich, dass etwa 60 v. H. der kleineren, ambulanten Pflegedienste (bis neun Mitarbeiter) in privater Trägerschaft arbeiten.

2. Vollstationärer Bereich

2.1 Anzahl der Pflegeheime

In der Bundesrepublik gibt es zurzeit laut Angaben der Pflegekassen rd. 8 600 vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag. Dies sind ca. 700 Einrichtungen mehr als 1998[31].

Die Infratest-Studie verdeutlicht, dass die Mehrzahl der früher neben Pflegeheimen bestehenden Altenwohnheime oder mehrgliedrigen Alteneinrichtungen den überwiegenden Teil ihrer Wohn- und/oder Heimplätze umgewidmet oder ausgegliedert und einen Versorgungsvertrag als stationäre Pflegeeinrichtung abgeschlossen hat. Insgesamt ist nach den Ergebnissen der Untersuchung davon auszugehen, dass die derzeitigen Kapazitäten quantitativ als bedarfsgerecht zu beurteilen sind.

Anhaltspunkte für die Kapazitätsentwicklung lassen sich – kurzfristig gesehen – aus den von den Heimen geführten Wartelisten entnehmen. Nach der Infratest-Studie führen 62 v. H. der stationären Pflegeeinrichtungen eine Warteliste mit Interessenten für einen Pflegeplatz. Der Anteil der Einrichtungen mit Warteliste fällt in privaten und in kleinen Einrichtungen unterdurchschnittlich aus; aber auch von diesen Einrichtungen führt jede zweite eine entsprechende Liste. In großen Einrichtungen mit mehr als 150 Bewohnern sind Wartelisten die Regel. Relativ groß sind auch die Unterschiede zwischen alten und neuen Ländern. Während in den alten Bundesländern 18 v. H. der Einrichtungen steigende Interessentenzahlen auf den Wartelisten angaben, liegt dieser Wert in den neuen Ländern bei 32 v. H.

In engem Zusammenhang mit den Wartelisten bzw. den sich daraus ergebenden Hinweisen auf die Nachfrage nach Pflegeplätzen steht die Frage, in welchem Umfang die stationären Einrichtungen in den nächsten drei Jahren eine Erweiterung ihrer Kapazitäten im vollstationären Bereich planen. Fast 70 v. H. der Einrichtungen gaben an, dass sie eine Erweiterung nicht vornehmen werden. Bei 12 v. H. der Einrichtungen war noch

[30] Danach waren ambulante Einrichtungen zwar durchschnittlich mit 14 Personen besetzt, jedoch berücksichtigte diese Angabe nicht, dass ca. 78 v. H. der Mitarbeiter einer ambulanten Pflegeeinrichtung entweder teilzeit- oder geringfügig beschäftigt waren, weswegen bei einem Vergleich, ausgehend vom Vollzeitäquivalent die Anzahl der Mitarbeiter noch geringer wäre.

[31] siehe Anlage 8.

keine endgültige Entscheidung getroffen und 14 v. H. der Einrichtungen planen eine Erweiterung. Insbesondere in den neuen Ländern planen Einrichtungen häufiger zusätzliche Pflegeplätze (18 v. H.), während der entsprechende Prozentsatz in den alten Ländern niedriger liegt (13 v. H.).

Eine langfristige Prognose der Entwicklung von Kapazität und Infrastruktur bedarf einer gründlichen Untersuchung, die die vielfältigen Einflussfaktoren mit zum Teil gegenläufigen Auswirkungen, wie beispielsweise die familiären Hilfe- und Versorgungsstrukturen, demographische Trends, die Ausgestaltung des Leistungskatalogs nach dem SGB XI, die Förderrichtlinien der Länder, Mobilität etc. berücksichtigt.

Insgesamt darf nicht übersehen werden, dass es hinsichtlich der Auslastung und der Kapazitätsentwicklung regional starke Unterschiede gibt. Dies zeigen auch die exemplarisch herausgegriffenen Angaben aus den Ländern.

Nach Auskunft des zuständigen **baden-württembergischen** Landesministeriums hat sich das Platzangebot in den Pflegeheimen im Zeitraum von 1980 bis 1990 mehr als verdoppelt und in den darauf folgenden 10 Jahren ist die Zahl der Pflegeheimplätze nochmals um 65 v. H. angestiegen. Parallel zum Ausbau des Pflegeheimplatzangebotes erfolgte ein deutlicher Abbau der Altenheimplätze, wobei ein erheblicher Teil dieser Plätze in Pflegeheimplätze umgewandelt worden ist. Zwar wird landesweit von einer weitgehenden Bedarfsdeckung im vollstationären Pflegebereich ausgegangen, jedoch bestehen nach wie vor erhebliche regionale Unterschiede und Ungleichgewichte. Während in einigen Landesteilen bereits eine mehr oder weniger ausgeprägte Überversorgung zu verzeichnen ist, bestehen in anderen Regionen noch beträchtliche Versorgungsdefizite.

Die Angaben im Landespflegeplan in **Mecklenburg-Vorpommern** zum erwarteten zukünftigen Bedarf beschreiben die Nachfrage in den Landkreisen und kreisfreien Städten. Hiernach ist nicht mit einem Rückgang an stationären Pflegeeinrichtungen mit Versorgungsvertrag nach dem SGB XI zu rechnen, sondern es besteht ein höherer Bedarf an Pflegeheimplätzen.

Für **Niedersachsen** kann nur bedingt für Einrichtungen der vollstationären Dauerpflege die Aussage gemacht werden, die Zahl vollstationärer Pflegeeinrichtungen verteile sich in etwa proportional zur Einwohnerzahl in den vier Regierungsbezirken. Hier sind die flächengroßen Regierungsbezirke Lüneburg und Weser-Ems überrepräsentiert. Allerdings handelt es sich dabei durchschnittlich um kleinere Heime. Durch die größere Zahl der Einrichtungen wird in gewissem Maß die große flächenmäßige Erstreckung kompensiert und auf diese Weise eine ortsnahe Versorgung erreicht. Von einem nachfragedeckenden Angebot ist insgesamt grundsätzlich auszugehen; regional ist vereinzelt Ergänzungsbedarf erkennbar. Bei gleich bleibendem Nachfrageverhalten ist – demographisch bedingt – weiterer Bedarf an vollstationären Pflegeplätzen anzunehmen.

Das **nordrhein-westfälische** Landesministerium weist darauf hin, dass die Auslastung der Platzkapazitäten aller vollstationären Einrichtungen mit 97 v. H. nach wie vor sehr hoch sei, trotz der Erweiterung der Angebote der häuslichen Pflege. Hinsichtlich der Versorgungsdichte gibt es auch in Nordrhein-Westfalen eine starke regionale Streuung, die im Vergleich zum Landesdurchschnitt bestehenden durchschnittlichen oder überdurchschnittlichen Versorgungsquoten in den Kreisen und kreisfreien Städten sind vor dem Hintergrund der Heterogenität der Versorgungsstruktur zu sehen. Die Extremwerte lagen im Jahr 1998 zwischen 5,6 Plätzen pro 1 000 Einwohnern und 13 Plätzen pro 1 000 Einwohnern; die Versorgungsdichte hat sich im Landesdurchschnitt von 7,12 (März 1997) auf 7,7 Plätzen pro 1 000 Einwohner (Dezember 1998) verbessert.

Auch in **Rheinland-Pfalz** ist durch die Bedarfsplanung nach Auskunft des zuständigen Landesministeriums eine im Allgemeinen flächendeckende Versorgung gesichert. Die Pflegeinfrastruktur hat sich auf zwei Ebenen entwickelt. Für den Bereich der stationären Pflege erstellen die Landkreise und kreisfreien Städte Bedarfspläne auf der Grundlage des Landesgesetzes über ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegehilfen (LPflegeHG) vom 28. März 1995 und den in der Durchführungsverordnung vorgegebenen Planungsrichtwerten.

Im **Saarland** gibt es derzeit nach Angabe des zuständigen Landesministeriums 108 durch Versorgungsvertrag zur Pflege zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 8 200 Plätzen. Davon befinden sich ca. 30 v. H. in Einbettzimmern. Seit Einführung der 2. Stufe der Pflegeversicherung sind zehn Pflegeeinrichtungen neu in Betrieb gegangen, zwei wurden geschlossen. Das Landesministerium geht davon aus, dass in den nächsten Jahren weitere Pflegeeinrichtungen dazukommen werden und sich dadurch die Anzahl der angebotenen Pflegeplätze weiter erhöhen wird. Unter den 108 vollstationären Pflegeeinrichtungen im Saarland befinden sich vier Spezialeinrichtungen, eine für ZNS-geschädigte Patienten mit 50 Plätzen und drei für psychiatrische Pflege mit 800 Plätzen. Von den derzeit angebotenen 8 200 Pflegeplätzen im Saarland sind ca. 8 000 belegt; davon sind ca. 84 v. H. mit Personen belegt, die einer Pflegestufe nach dem SGB XI zugeordnet sind.

2.2 Pflegeheime nach Trägern

Für den vollstationären Bereich zeichnet sich nach der Infratest-Studie gegenüber 1994 eine Strukturverschiebung in der Trägerschaft ab, bei der der Anteil der privat getragenen Einrichtungen – genau wie im ambulanten Bereich – zulasten der öffentlichen Einrichtungen zugenommen hat. Danach haben mittlerweile 54 v. H. der stationären Pflegeeinrichtungen einen freigemeinnützigen Träger. 36 v. H. der Pflegeeinrichtungen

sind in privater und nur jede zehnte Einrichtung in öffentlicher Trägerschaft. Der im Jahre 1994 in den neuen Bundesländern bestehende hohe Anteil an Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft (30 v. H.) wurde bis 1998 in etwa halbiert. Die Verschiebung erfolgte zugunsten der freigemeinnützigen Träger, weswegen der Anteil privater Träger in den neuen Bundesländern mit ca. 11 v. H. heute deutlich geringer ist als in den alten Bundesländern.

Die drei unterschiedenen Trägergruppen weisen – bezogen auf die Größe der Einrichtungen – nach der Studie eindeutige Schwerpunkte im Bundesdurchschnitt auf. Die relativ wenigen öffentlichen Pflegeeinrichtungen haben bei den Einrichtungen mit 150 und mehr Bewohnern einen Anteil von immerhin 24 v. H. und sind umgekehrt bei den Einrichtungen mit unter 50 Bewohnern unterrepräsentiert. Ähnliches gilt für die freigemeinnützigen Einrichtungen; auch sie sind als Träger von Einrichtungen mit unter 50 Bewohnern selten tätig. Demgegenüber befinden sich mehr als die Hälfte der kleineren Einrichtungen in privater Trägerschaft.

2.3 Heime nach Plätzen und Beschäftigten

Die Mehrzahl der stationären Pflegeeinrichtungen ist relativ klein dimensioniert. So leben nach der Infratest-Studie in 12 v. H. der Einrichtungen weniger als 20 Bewohner und in weiteren 29 v. H. der Einrichtungen zwischen 20 und maximal 49 Bewohner (dabei wurden alle Personen – unabhängig von der Pflegebedürftigkeit – gezählt, die auf Dauer in der jeweiligen Einrichtung wohnen).

Waren es 1994 noch 13 v. H. der Einrichtungen, die mehr als 150 Bewohner betreuten, so sind es nunmehr nur 9 v. H. der Einrichtungen. Dementsprechend hat ein Zuwachs in Höhe von 5 v. H. bei den Einrichtungen mit 50 bis 150 Bewohnern auf derzeit ca. 51 v. H. stattgefunden. Der Anteil der Heime, die unter 50 Bewohner betreuen, ist dagegen in den letzten Jahren mit ca. 40 v. H. gleich geblieben. Insgesamt zeigen diese Zahlen eine deutliche Tendenz hin zu kleineren Einrichtungen.

Der Gesamtpersonalbestand in stationären Pflegeeinrichtungen betrug im Jahr 1998 nach der Infratest-Studie 351 000 (bei einer Umrechnung auf Vollkräfte). Der überwiegende Teil (59,3 v. H.) der Mitarbeiter in den stationären Einrichtungen ist im Gegensatz zu den Mitarbeitern in den ambulanten Pflegeeinrichtungen vollzeitbeschäftigt. 32,2 v. H. der Mitarbeiter sind teilzeitbeschäftigt und die übrigen ca. 8,5 v. H. sind geringfügig beschäftigt.

Vergleicht man die Beschäftigten in stationären Pflegeeinrichtungen mit den Beschäftigten in ambulanten Pflegeeinrichtungen nach ihren Berufsgruppen, ergibt sich hier folgendes Bild: ca. zwei Drittel der gesamten Mitarbeiter gehören im ambulanten und im stationären Bereich zum Pflegepersonal. Die Unterschiede in der Struktur des Leistungs- und Versorgungsangebots von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zeigen sich insbesondere darin, dass im stationären Bereich 23,5 v. H. der Mitarbeiter dem hauswirtschaftlichen Personal zuzuordnen sind, im ambulanten dagegen lediglich 11 v. H. Der Anteil der Therapeuten und Sozialarbeiter liegt bei 1,3 v. H. bei ambulanten und 2,9 v. H. bei stationären Pflegeeinrichtungen. Lediglich der Anteil des Verwaltungspersonals ist bei beiden in Höhe von etwa 6 bis 7 v. H. gleich. In ambulanten Pflegeeinrichtungen gibt es ca. 6,2 v. H. Zivildienstleistende, in stationären 3,8 v. H.[32]

3. Teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege

3.1 Infrastruktur

Teilstationäre Pflegeeinrichtungen (Tages- und Nachtpflege) und solche der Kurzzeitpflege sind überwiegend an vollstationäre Pflegeeinrichtungen angegliedert. Kurzzeitpflege wird zudem häufig bedarfs- und auslastungsabhängig in solchen Einrichtungen zur Verfügung gestellt. Nach der Infratest-Studie kann generell ein erheblich größeres Angebot an Tages- und Kurzzeitpflegeplätzen als an Nachtpflegeplätzen verzeichnet werden. Da das Angebot in diesen Bereichen aber schwankt, können keine konkreten Angaben gemacht werden. Zudem bestehen erhebliche regionale Unterschiede, wie etwa das Beispiel des Landes Baden-Württemberg zeigt.

Baden-Württemberg hat in den vergangenen Jahren stärker die Kurzzeit- und Tagespflege als den vollstationären Bereich ausgebaut. Allein im Zeitraum von 1993 bis 1998 lagen dort die Zuwachsraten bei 140 v. H. bzw. 240 v. H. Am Jahresanfang 2000 ergab eine Erhebung zum Stand der stationären pflegerischen Versorgung, dass derzeit 62 919 Dauer-, 1 844 Kurzzeit- und 2 798 Tagespflegeplätze zur Verfügung stehen. Bei den Kurzzeitpflegeangeboten liegen die Extremwerte bei 0,5 und bei drei Plätzen je 1 000 Einwohner ab 65 Jahren. Ansonsten liegt die bevölkerungsproportionale Versorgungsdichte in den Landkreisen deutlich über der der Stadtkreise. Im Durchschnitt ist das Kurzzeitpflegeangebot in den südlichen Landesteilen derzeit besser ausgebaut als in den nördlichen. Deutlich stärker als bei der Kurzzeitpflege sind die regionalen Versorgungsunterschiede bei der Tagespflege ausgeprägt. Der geringste Landkreiswert liegt hier bei 0,4 Plätzen je 1 000 Einwohner im Alter ab 65 Jahren. Andere Landkreise weisen dagegen mit 3,5 bzw. 3,9 Plätzen eine fast zehnmal so hohe Versorgungsquote auf. In den Stadtkreisen stehen im Durchschnitt 1,5 Plätze bezogen auf die genannte Altersgruppen zur Verfügung, bei einer Band-

[32] siehe hierzu Grafik 7.

breite, die zwischen den Kreisen von knapp ein bis drei Plätze reicht.

Exemplarisch lässt sich die Entwicklung der Infrastruktur aus den Angaben der nachfolgend beispielhaft aufgeführten Länder ablesen:

Ein den rechtlichen Vorgaben des SGB XI entsprechendes eigenständiges Tagespflegeangebot halten nach einer Untersuchung der Landesarbeitsgemeinschaft der Tagespflegeeinrichtungen in **Niedersachsen** 106 Einrichtungen mit zusammen rund 920 Plätzen vor. Laut Angabe der Verbände der gesetzlichen Pflegekassen in Niedersachsen gab es Mitte 1999 88 zugelassene Einrichtungen der Nachtpflege mit zusammen 265 Plätzen. Mangels ausreichender Nachfrage und der damit trägerseitig verbundenen Folge der unzureichenden wirtschaftlichen Tragfähigkeit gibt es nach Angabe des niedersächsischem Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales jedoch tatsächlich keine Einrichtung der Nachtpflege im Sinne der Vorhaltung eines räumlichen, organisatorisch und personell selbstständigen Angebotes. Dies schließt eine Versorgung nachtpflegebedürftiger Personen im Einzelfall oder vorübergehend bei entsprechend freier Kapazität in vollstationären Pflegeeinrichtungen nicht aus. Kurzzeitpflege bieten als wirtschaftlich selbstständige Einrichtungen nach Angaben der Heimaufsichtsbehörden von Mitte des Jahres 1997 147 Einrichtungen mit zusammen 940 Plätzen an. Auch diese Einrichtungen sind weit überwiegend an vollstationäre Einrichtungen der Dauerpflege angegliedert, einige auch an Krankenhäuser der Grundversorgung.

Die Platzkapazitäten in der Tagespflege sind in **Nordrhein-Westfalen** angestiegen; es gab 1997 2 119 Plätze und 1998 2 741 Plätze. Die durchschnittliche Größe der Tagespflegeeinrichtungen beträgt 13,5 Plätze je Einrichtung, was dem gewünschten Größenbereich der Tagespflegeeinrichtung von zwölf bis 14 Plätzen nach dem nordrhein-westfälischen Landespflegegesetz entspricht. Das weit überwiegende Tagespflegeangebot entfällt auf Einrichtungen der Verbände der freien Wohlfahrtspflege (73,5 v. H.), während der Anteil der privaten Träger von 31,6 auf 16,6 v. H. in den letzten Jahren gesunken ist. Im Vergleich zum deutlichen Ausbau der Platzkapazitäten in der Tagespflege ist die Entwicklung der Platzkapazitäten in der Kurzzeitpflege schwieriger einzuschätzen, da Kurzzeitpflege sowohl im Verbund mit vollstationären Pflegeeinrichtungen als auch in Form solitärer Einrichtungen angeboten wird. Die unterschiedlichen Organisationsformen führen dazu, dass auch die Angebotsformen variieren. Bei den Platzkapazitäten wird zwischen flexibel eingestreuten und festen, d. h. ganzjährig vorgehaltenen Plätzen, unterschieden. Insgesamt wird ein Rückgang des ganzjährigen festen Angebotes an Kurzzeitpflegeplätzen verzeichnet. Die Auslastungsgrade der Kurzzeitpflegeplätze signalisieren jedoch, dass abgesehen von den Ferienzeiten keine größeren Versorgungsengpässe bestehen.

Im **Saarland** sind 80 Pflegeeinrichtungen durch Versorgungsvertrag zur Tagespflege und/oder Kurzzeitpflege zugelassen, davon sind als Solitäreinrichtung jeweils eine für Tagespflege, eine für Kurzzeitpflege und eine für Tagespflege und Kurzzeitpflege zugelassen. Darüber hinaus bieten drei vollstationäre Pflegeeinrichtungen dauerhaft gesonderte Tagespflegeplätze, sechs vollstationäre Pflegeeinrichtungen gesonderte Kurzzeitpflegeplätze und 16 vollstationäre Pflegeeinrichtungen gesonderte Tagespflege- und Kurzzeitpflegeplätze. Die Übrigen sind vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die sog. „eingestreute“ Pflegeplätze für Tagespflege und/oder Kurzzeitpflege anbieten, ohne dass diese Plätze dauerhaft zur Verfügung stehen. Im Bereich der Tagespflege stehen derzeit gesondert 235 Plätze zur Verfügung, im Bereich der Kurzzeitpflege gesondert 260 Plätze.

Laut Angaben des Ministeriums für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales in **Sachsen-Anhalt** haben derzeit 52 Träger mit den Pflegekassen Versorgungsverträge für die Tagespflege abgeschlossen. Von den 52 Einrichtungen sind 25 in die Förderung des Landes und des Bundes einbezogen. Weitere fünf Einrichtungen sind noch für eine Förderung vorgesehen.

In **Schleswig-Holstein** wird die weitaus überwiegende Zahl der Plätze für die Tagespflege in eigenständigen Tagespflegeeinrichtungen angeboten. Vereinzelt bestehen auch „eingestreute“ Tagespflegeplätze in stationären Pflegeeinrichtungen und Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Die Zahl der Kurzzeitpflegeplätze hat sich im Zeitraum von 1995 bis 1998 von 449 Plätze auf 782 Plätze erhöht. Allerdings hat sich die Struktur der Kurzzeitpflege in diesem Zeitraum wesentlich verändert. Während sich in der Vergangenheit Kurzzeitpflegeeinrichtungen vor allem als eigenständige Versorgungsbereiche entwickelten, besteht die weitaus überwiegende Zahl der Kurzzeitpflegeplätze derzeit in Form so genannter „eingestreuter Betten“ in vollstationären Pflegeeinrichtungen oder „flexibel nutzbarer“ Plätze.

3.2 Nachfrageentwicklung

Bei der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege kann die Nachfrage starken Schwankungen unterworfen sein. Dies gilt insbesondere für die Kurzzeitpflege, wo die Nachfrage je nach Jahreszeit stark unterschiedlich ausfallen kann. Insgesamt lässt sich aber ein Trend zu einer erhöhten Nachfrage vermuten. Hierauf deutet auch die Entwicklung im Bereich der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung hin. Die Angaben über die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung (siehe Anlage 3) zeigen einen Anstieg in den letzten Jahren für die Bereiche der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege. Dieser Trend deckt sich mit den Angaben aus den Ländern zur Nachfrage und Kapazitätsentwicklung.

Die Nachfrage nach Kurzzeitpflege wird nach Angabe des **niedersächsischen** Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales weitgehend von den vollstationären Einrichtungen der Dauerpflege durch Vorhaltung gewisser Platzkontingente oder im Rahmen intermittierend freier Platzkapazitäten (Ausschöpfung von Platzreserven) befriedigt. Zusammenfassend seien die Zahlen der ermittelten teilstationären Einrichtungen und der Kurzzeitpflegeeinrichtungen leicht zurückgegangen, dies sei aber das Ergebnis einer Bereinigung des Datenbestandes.

Im **Saarland** stagniert die Nachfrage nach Tagespflegeplätzen auf mittlerem Niveau bei Auslastungsquoten zwischen 40 und 60 v. H. Höhere Auslastungsquoten werden in Tagespflegeeinrichtungen erreicht, die sich auf Demenzkranke spezialisiert haben (Gleiches wurde auch in einer flächendeckenden Untersuchung der Tagespflegeeinrichtungen in Niedersachsen festgestellt). Grundsätzlich gelte: Je flexibler auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen eingegangen werde (z. B. Betreuungszeiten), desto besser sei die Nachfrage und damit die Auslastungsquote. Die Nachfrage nach Kurzzeitpflegeplätzen hat sich im Saarland in der letzten Zeit positiv entwickelt, die Auslastungsquoten liegen zwischen 65 und 90 v. H. Das wird allerdings zum Teil auf die verstärkte Nutzung der Kurzzeitpflegeplätze zum „Probewohnen“ bzw. als „Warteschleife“ bis zum Freiwerden eines vollstationären Pflegeplatzes zurückgeführt.

4. Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt

Bei jeder Quantifizierung von Beschäftigungswirkungen bestimmter Maßnahmen ist zu beachten, dass moderne Volkswirtschaften einem andauernden strukturellen Wandel, der sich auch in der Beschäftigung niederschlägt, unterliegen. Für Veränderungen des volkswirtschaftlichen Beschäftigungsniveaus wie auch der -strukturen gibt es daher keine monokausalen Erklärungen; stets ist eine Vielzahl von Wechselwirkungen zu berücksichtigen.

Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Arbeitsmarkt können nicht isoliert betrachtet werden und lassen sich unter den gegenwärtigen Bedingungen am zweckmäßigsten hilfsweise mit den Daten des Mikrozensus analysieren. Der erfasste Personenkreis umfasst die abhängig Beschäftigten (Erwerbstätigen) im Sozialwesen. Auf die Entwicklung dieses Bereichs – also außerhalb des Krankenhauswesens – dürfte sich noch am ehesten der Einfluss der Pflegeversicherung niedergeschlagen haben.

Im Vergleich zu den Erhebungszeitpunkten 1997 und 1998 ergeben sich nach Auswertung der Daten aus dem Mikrozensus 1999 die in der folgenden Übersicht dargestellten Ergebnisse:

Abhängig Erwerbstätige im Sozialwesen nach ausgewählten Berufsordnungen
Ergebnisse des Mikrozensus 1999 im Vergleich zu 1997 und 1998

	1997	1998	1999	Veränderung zu 1998 absolut und in v. H.	Veränderung zu 1997 absolut und in v. H.
Krankenschwestern Krankenpfleger	99 000	110 000	**111 000**	1 000 + *0,9*	**12 000** **+ *12,1***
Helfer/innen in der Krankenpflege	43 000	46 000	**56 000**	10 000 + *21,7*	**13 000** **+ *30,2***
Altenpfleger/innen	220 000	229 000	**265 000**	36 000 + *15,7*	**+ 45 000** **+ *20,5***
Haus- und Ernährungswirtschafter/innen	29 000	25 000	**32 000**	7 000 + *28,0*	**+ 3 000** **+ *10,3***
Hauswirtschaftliche Gehilfen und Helfer/innen	20 000	19 000	**20 000**	1 000 + *5,3*	**+/–0** ***+/–0***
Gesamt	411 000	429 000	**484 000**	+ 55 000 *12,8*	**+ 73 000** **+ *17,8***

Insgesamt hat es somit seit 1997 nochmals eine Zunahme von rd. 73 000 Erwerbstätigen gegeben, wobei der absolut größte Zuwachs in der Berufsgruppe der Altenpfleger/innen zu verzeichnen war. Auch die Helfer/innen in der Krankenpflege konnten starke Beschäftigungsgewinne verbuchen.

Somit ergibt sich, dass die Pflegeversicherung bisher eine beachtliche Beschäftigungswirkung gezeigt hat. Dabei ist bei der hier vorgenommenen Auswertung der Daten des Mikrozensus noch nicht berücksichtigt, dass auch bei anderen Berufsgruppen, wie z. B. Verwaltungs- und Organisationsberufen, Beschäftigungseffekte aufgetreten sein müssen. Auch können Einsparungen im Allgemeinen Gesundheitswesen die Beschäftigungswirkung negativ beeinflusst haben.

5. Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger

5.1 Ausgangslage

Zwischen 1991 und 2000 hat der Deutsche Bundestag dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung bzw. seit 1999 dem Bundesministerium für Gesundheit Mittel in Höhe von rund 675 Mio. DM für das Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Pflegebedürftiger zur Verfügung gestellt. Das Modellprogramm soll die Pflegeversicherung und ihre praktische Umsetzung konzeptionell durch geeignete Modellvorhaben begleiten und unterstützen. Vor allem soll es dazu beitragen, die in der Bundesrepublik Deutschland vorhandenen Versorgungslücken in der Pflegeinfrastruktur zu beseitigen, die Umsetzung zukunftsweisender Versorgungsansätze zu unterstützen und vorhandene Pflegeangebote zu modernisieren. Durch das Programm wurden bis heute in der gesamten Bundesrepublik nahezu 450 Vorhaben sowohl im investiven Bereich durch Baumaßnahmen und Verbesserung vorhandener Einrichtungen (rd. 90 v. H. der Mittel) als auch im strukturellen Bereich durch Personalförderung (rd. 10 v. H. der Mittel) in enger Abstimmung und gemeinsam mit den Bundesländern gefördert.

5.2 Schwerpunkte der aktuellen Förderung

Zur Umsetzung der in den Richtlinien vom 14. Dezember 1994 festgelegten Ziele des Programms wurden Modellvorhaben in allen Bundesländern durchgeführt, um repräsentative Aussagen über die Umsetzbarkeit der im SGB XI festgeschriebenen Leistungen für Pflegebedürftige in der ganzen Bundesrepublik unter den unterschiedlichen landesspezifischen Rahmenbedingungen zu gewinnen. Die Förderung deckte dabei folgende Schwerpunkte ab:

5.2.1 Aufbau einer teilstationären Infrastruktur

Der Schwerpunkt der Förderung lag entsprechend den im SGB XI vorgesehenen neuen Leistungen zunächst im Aufbau einer teilstationären Infrastruktur mit dem Bau von Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen. Hierbei wurden über 3 000 Kurzzeitpflegeplätze und rd. 2 000 Tagespflegeplätze geschaffen. Weiterhin wurden im Rahmen des Betreuten Wohnens Pflegestützpunkte in Form qualifizierter Sozialstationen gefördert, um den Vorrang der ambulanten vor der stationären Pflege zu verwirklichen. Dabei entstanden rd. 45 Serviceeinrichtungen mit Sozialstation in Wohnanlagen für Betreutes Wohnen mit insgesamt rd. 3 000 Plätzen.

5.2.2 Förderung von modernen, wohnortnah gelegenen Pflegeeinrichtungen

Ein wichtiger Schwerpunkt lag in der Förderung von modernen, wohnortnahen Pflegeeinrichtungen mit gut aufeinander abgestimmten Pflegeangeboten, die unter einem Dach die verschiedenen Pflegeformen vereinen und so jedem Pflegebedürftigen die aktuellen und individuell angepassten Hilfen zukommen lassen können. Dabei konnten bei 6 200 Altenpflegeplätzen Modernisierungen erreicht werden. Diese Plätze sind integriert in ein gestuftes und verzahntes Versorgungssystem. Gerade die vom Modellprogramm geförderten kleinen, wohnortnahen und miteinander kooperierenden Einrichtungen mit etwa 50 Pflegeplätzen kommen den Bedürfnissen und Wünschen der pflegebedürftigen Senioren besonders entgegen.

5.2.3 Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit

Daneben stand die Verbesserung der regionalen Zusammenarbeit im Vordergrund der Förderung, da hier neue Leistungsfelder für die Pflegeversicherung erschlossen werden sollen. So wurde in mehr als 40 Landkreisen und Regierungsbezirken die vom SGB XI geforderte, aber bis dahin mangelhafte regionale Zusammenarbeit zwischen Anbietern von Pflegeleistungen in unterschiedlicher Trägerschaft, Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten auf der einen Seite und den Leistungsträgern, vor allem Pflege- und Krankenkassen sowie den Trägern der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfe auf der anderen Seite intensiviert und verbessert. Hinzu kommen rd. 110 Modelle für die ambulante Versorgung und die pflegerische Betreuung von Rehabilitanden (insbes. nach Schlaganfall) und Verwirrten. Gleichzeitig dienen diese Modellvorhaben der Sicherung der Zusammenarbeit vor Ort zwischen den Anbietern von Pflegeleistungen auf der einen und den Pflegebedürftigen sowie deren Angehörigen auf der anderen Seite. Diese Modelle konnten weitgehend in Regelangebote überführt worden.

5.2.4 Qualifizierung von Pflegepersonal, Ärzten sowie pflegenden Angehörigen

Darüber hinaus hat das Modellprogramm die Qualifizierung von Pflegepersonal, von Ärzten sowie von pflegenden Angehörigen durch eine Reihe von Modellvorhaben nachhaltig unterstützt. Damit sollen im Rahmen von Aus-, Fort- und Weiterbildung des Pflegepersonals und der beteiligten Ärzte neue Wege

aufgezeigt werden, wie sich die Qualität des gesamten Spektrums der Pflegeleistungen, vor allem an der Nahtstelle zwischen Krankenhaus und häuslicher Pflege, deutlich verbessern lässt.

5.2.5 Pflegeeinrichtungen für besondere Gruppen von Pflegebedürftigen

In den letzten Jahren wurden vermehrt auch Pflegeeinrichtungen für besondere Gruppen von Pflegebedürftigen gefördert. In diesen Einrichtungen werden Pflegebedürftige versorgt, die nicht aus Altersgründen pflegebedürftig sind, aber einen Leistungsanspruch nach dem SGB XI haben. Dies gilt z. B. für langfristig Pflegebedürftige, die aufgrund von Unfällen (Apalliker), wegen chronischer Erkrankungen (Multiple Sklerose, Alzheimer-Erkrankte u. a.) oder aufgrund ihrer Behinderungen (Tetraplegiker) auf täglichen Hilfebedarf angewiesen sind. Hier konnten seit 1996 bisher zehn Einrichtungen mit rund 200 Pflegeplätzen gefördert werden.

5.2.6 Hospizeinrichtungen

Zur Verbesserung der Pflege von Schwerstkranken mit begrenzter Lebenserwartung wurden bisher vier ambulante und elf stationäre Hospizeinrichtungen gefördert. Durch die Regelungen im 2. Neuordnungsgesetz zur gesetzlichen Krankenversicherung wurde eine Lösung für die Anschlussfinanzierung dieser speziellen Pflegeeinrichtungen gefunden. Auf dieser Grundlage ist ein Ausbau dieser Versorgungsform möglich geworden.

5.3 Ergebnisse der Modellmaßnahmen

Durch die Förderung von Tagespflege- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie Pflegezentren konnte das Modellprogramm die einmalige Chance nutzen, in allen Bundesländern den von Fachleuten zu Beginn der Gesetzgebung zum SGB XI geforderten Standard im Pflegeheimbau unter unterschiedlichen sozialen, demographischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zu erproben. Die dabei erzielten Verbesserungen im Bau von Pflegeeinrichtungen wurden den zuständigen Landesministerien als praktisch umsetzbares Entwicklungsergebnis vorgestellt. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde beispielsweise die Idee des wohnortnahen Pflegezentrums mit allen Leistungsangeboten unter einem Dach in vielen Bundesländern aufgegriffen und in die Praxis umgesetzt. Daneben wurden erste Modelle zum Aufbau einer gerontopsychiatrischen Versorgung und von ambulanten und stationären Hospizen zur Pflege Schwerstpflegebedürftiger in ihrer letzten Lebensphase gefördert.

Folgende Fortschritte wurden erreicht:

- Die ambulanten, teilstationären und stationären Modelleinrichtungen konnten aufgrund verbesserter Beratung der Träger bei der Antragstellung und der nachfolgenden wissenschaftlichen Begleitung architektonisch und konzeptionell auf die örtliche Bedarfssituation optimal zugeschnitten werden.
- Die Qualität der Investitionsmaßnahmen konnte kontinuierlich gesteigert und die durchschnittlichen Baukosten pro Pflegeplatz um fast 25 v. H. reduziert werden. Damit wurde ein Innovationsschub erreicht, der ohne das Modellprogramm nicht in so kurzer Zeit hätte erreicht werden können.
- Die Frage der Anschlussfinanzierung konnte in fast allen Fällen rechtzeitig vor Beendigung des Modellvorhabens gelöst werden.

Zur fortlaufenden Verbesserung der Ergebnisse der Modellförderung werden die Antragsteller durch das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) in Köln zur architektonischen Planung ihrer Einrichtungen sowie durch das ISO-Institut in Saarbrücken zur Umsetzung ihrer in den Anträgen vorgestellten Betreiberkonzepte beraten. Gleichzeitig werden die Modellvorhaben durch beide Institute fortlaufend ausgewertet und während der gesamten Modellphase wissenschaftlich begleitet. Die dabei gesammelten Erfahrungen und Informationen sollen anderen Betreibern von Pflegeeinrichtungen, Architekten, Prüfbehörden und Entscheidungsträgern in den Bundesländern als Planungs- und Entscheidungshilfe zur Verfügung gestellt werden.

5.4 Zukünftige Entwicklung des Modellprogramms

Trotz aller bisher vorweisbaren Erfolge bleiben aber noch weitere Problemfelder offen, die in den kommenden Jahren verstärkt gefördert werden müssen. Ein Blick nach vorne zeigt: Ein zunehmend wichtiger Förderschwerpunkt im Rahmen des Modellprogramms muss die Versorgung besonders betroffener Gruppen von Pflegebedürftigen werden. Hierzu gehören Apalliker, Pflegebedürftige mit altersbedingter Demenz sowie mehrfach schwerstbehinderte Personen, für die bisher erst wenige Plätze gefördert wurden.

Daher sollen in den kommenden Jahren folgende Schwerpunkte gefördert werden:

- die Erprobung von verbesserten Lösungsansätzen zur ambulanten und stationären gerontopsychiatrischen Versorgung (z. B. mit Alzheimerschen Erkrankung);
- die Erprobung von Versorgungsstrukturen für spezielle Pflegebedürftige wie Schwerst-Schädel-Hirnverletzte, jüngere Querschnittsgelähmte, die nicht werkstattfähig sind und von schwerstpflegebedürftigen Behinderten;
- die Verbesserung der Pflege von Schwerstkranken mit begrenzter Lebenserwartung durch ambulante und stationäre Hospizeinrichtungen;
- die Ermittlung der Wirtschaftlichkeit der angebotenen Pflegeleistungen. Derartige Ermittlungen stecken immer noch in den Anfängen. Hier bieten die jetzt geförderten Einrichtungen in ihrer regiona-

len und konzeptionellen Vielfalt hervorragende Voraussetzungen für derartige Untersuchungen;

– Verbesserung der ambulanten Versorgung gerontopsychiatrisch Erkrankter durch Bekämpfung der Defizite in der Versorgung dieser Patienten in somatischen Kliniken (und zur gleichzeitigen Senkung der Verweildauer in psychiatrischen Kliniken);

– Förderung der Zusammenarbeit, Koordination und Vernetzung der verschiedenen gerontopsychiatrischen Hilfen und Angebote in Verbundsystemen.

– Verbesserung der Versorgung geriatrischer Patienten durch einen gezielten Aufbau und eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung präventiver und rehabilitativer Angebote sowie eine sektorübergreifende Verbindung von medizinischen und pflegerischen Konzepten;

– Qualitätssicherung in der Versorgung schwerst Hirngeschädigter durch Schaffung eines nahtlosen Übergangs von der stationären Rehabilitation zur Weiterbetreuung (Behandlungs- und Betreuungskontinuität);

– demenziell Erkrankte und deren Versorgung.

– Zusätzlich hat das BMG in Zusammenarbeit mit dem KDA und dem ISO-Institut mit der architektonischen und konzeptionellen Nachbegutachtung der ersten in Betrieb befindlichen Modelle begonnen. Diese Erfolgskontrolle wird fortgesetzt. Es ist vorgesehen, jährlich eine Reihe von besonders gelungenen Beispielen der Öffentlichkeit zu präsentieren, aber auch typische Fehlentwicklungen und Planungsfehler aufzuzeigen, um Planern, beispielsweise Trägern, Architekten und Ländern, das notwendige Rüstzeug an die Hand zu geben, um ihre Planungen langfristig und dauerhaft zu verbessern.

5.5 Impulse für den Arbeitsmarkt

Auf dem Arbeitsmarkt wurden nicht nur durch den Bau, Um- oder Erweiterungsbau von Pflegeeinrichtungen primäre und sekundäre Arbeitsmarkteffekte erreicht. Die Pflegeeinrichtungen bieten Beschäftigungsmöglichkeiten sowohl für qualifizierte als auch für weniger qualifizierte Arbeitskräfte. Damit es sich hierbei nicht um ein „Strohfeuer“ während der Modellphase handelt, wird vom Träger verlangt, dass er einen Nachweis darüber führt, dass die Einrichtung auch nach dem Modelllauf eine wirtschaftliche Zukunft hat. Aber auch die sekundären Beschäftigungseffekte sind bedeutsam. Einrichtung und jeder Bewohner treten als Konsumenten auf und tragen somit zur Erhaltung von Arbeitsplätzen oder zu Neueinstellungen von Arbeitskräften bei. Für die umliegenden Regionen ergeben sich positive Beschäftigungseinflüsse wie z. B. für Gewerbetreibende (Lebensmittel, Blumen, Zeitungen und Zeitschriften usw.) und Dienstleister (Friseur, orthopädischer Fachhandel, Krankengymnasten usw.). Die wirtschaftliche und verkehrstechnische Infrastruktur im Umfeld einer Einrichtung verändert sich nachweisbar und birgt damit unterschiedlich starke Beschäftigungspotenziale in sich.

5.6 Zusammenfassung

Das Modellprogramm hat beispielhaft den Aufbau einer von der Altenpflege immer wieder geforderten zukunftsorientierten Pflegeinfrastruktur unterstützen können, die die Leistungen des SGB XI praktisch umsetzt. Sein Ziel ist es, die Interessen der betroffenen Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen stärker als bisher zu berücksichtigen, um den im SGB XI geforderten nachfrageorientierten Pflegemarkt zu entwickeln, in dem der Pflegebedürftige der Kunde ist, um den viele Anbieter mit der Qualität und dem Preis ihres Pflegeangebotes konkurrieren müssen.

In der voll- und teilstationären Versorgung von Pflegebedürftigen konnte so ein zeitgerechtes und zukunftsweisendes Angebot an Einrichtungen der modernen Altenhilfe neu geschaffen werden.

Derartige Modelle zum Aufbau einer zukunftsorientierten Pflege können von den Trägern alleine kaum aus eigener Kraft entwickelt werden. Hier kann das Modellprogramm auch weiterhin eine wichtige ergänzende Funktion übernehmen als Motor und Katalysator für die Entwicklung und Umsetzung neuer Pflege-Ideen sowie Förderer und Stärker für die Schaffung neuer baulicher und pflegetechnischer Strukturen auf qualitativ hohem Niveau.

Damit kommt dem Modellprogramm eine bundesweit bedeutende Vorreiterrolle und Vorbildfunktion beim Aufbau einer gegliederten Pflegeinfrastruktur im Sinne der sozialen Pflegeversicherung zu. Es wird auch künftig Wegbereiter sein für eine moderne, wirtschaftlich gesunde und zukunftsweisende Pflegeinfrastruktur. Es ist Vorbild für eine neue soziale Kultur, in der die Pflegebedürftigen in die Mitte unserer Gemeinschaft geholt werden.

VIII. Investitionsförderung in den Ländern

Die Förderung der Investitionskosten von Pflegeeinrichtungen stellt sich in den 16 Bundesländern sehr unterschiedlich dar. Grundlage der Investitionsförderung ist das jeweilige Landesrecht. Wie die konkrete Investitionsförderung für Pflegeeinrichtungen in den einzelnen Bundesländern geregelt ist, ist der Anlage 9 zu entnehmen. Auf der Grundlage einer Länderumfrage sind dort die unterschiedlichen landesrechtlichen Vorgaben für die wichtigsten Regelungsbereiche in einer Übersicht zusammengefasst. Im Rahmen dieser Länderumfrage haben einige Bundesländer weitere landesspezifische Informationen zur Investitionsförderung zur Verfügung gestellt, die über die tabellarischen Angaben hinaus gehen und der Anlage 10 zu entnehmen sind.

In engem Zusammenhang mit der Investitionsförderung steht die Möglichkeit der Einrichtungsträger, den Pflegebedürftigen nach Maßgabe der § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI die durch öffentliche Förderung nicht oder nicht vollständig gedeckten betriebsnotwendigen Investitionskosten gesondert zu berechnen. In diesem Fall

müssen die nicht gedeckten Investitionsaufwendungen von den Pflegebedürftigen (oder notfalls von den zuständigen Sozialhilfeträgern) selbst aufgebracht werden. In einigen Ländern werden die Belastungen der Pflegebedürftigen durch ein so genanntes Pflegewohngeld – als eine neben der Objektförderung bestehende besondere Form der Investitionsförderung – abgemildert; Regelungen zu bewohnerbezogenen Aufwandszuschüssen im Bereich der Investitionskosten finden sich in den Bundesländern Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland und Schleswig-Holstein.

Nach der Infratest-Studie die von monatlichen bundesdurchschnittlichen Pflegesätzen in Pflegeklasse I in Höhe von 2 005 DM, in Pflegeklasse II in Höhe von 2 660 DM und in Pflegeklasse III in Höhe von 3 509 DM sowie durchschnittlichen Entgelte für Unterkunft und Verpflegung in Höhe von 1 078 DM ausgeht, belaufen sich die von den Pflegebedürftigen zu zahlenden Investitionskosten auf durchschnittlich 546 DM pro Monat.

In welchem Umfang sich die Zahl der Sozialhilfeempfänger in stationären Pflegeeinrichtungen vermindern würde, wenn die Länder durch eine volle Übernahme der Investitionskosten die Pflegebedürftigen vollständig von den Investitionskosten entlasten würden, ist nur schwer abschätzbar. Nach einer 1998 vorgelegten Studie[33] hätte eine vollständige Investitionsförderung die Zahl der pflegebedürftigen Hilfeempfänger im Land Bremen um zusätzlich 17,2 v. H. gesenkt.

[33] Heinz Rothgang, Anke Vogler, „Die Auswirkungen der zweiten Stufe der Pflegeversicherung auf die Hilfe zur Pflege in Einrichtungen – eine empirische Untersuchung im Land Bremen“.

IX. Finanzhilfen für Investitionen in Pflegeeinrichtungen im Beitrittsgebiet (Artikel 52 PflegeVG)

1. Bausubstanz und Ausstattung

Wie bereits im Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung ausgeführt, war die besondere Situation in den neuen Ländern bei der Wiedervereinigung im Jahr 1990 dadurch gekennzeichnet, dass praktisch der gesamte Bestand an Pflegeplätzen (rd. 85 000) auf Grundlage der Bedarfszahlen bis zum Jahre 2002 entweder neu gebaut oder von Grund auf saniert werden musste. Diesem Nachholbedarf hat der Gesetzgeber durch Einführung des Artikels 52 PflegeVG bei Verabschiedung des Pflege-Versicherungsgesetzes Rechnung getragen.

2. Investitionshilfeprogramm

Die mit dem Bundesministerium für Gesundheit abgestimmten Investitionsprogramme der neuen Länder enthalten zum 1. Juli 2000 843 Einzelprojekte mit einem Investitionsvolumen von über 7,4 Mrd. DM. In diesem Betrag sind sowohl die Fördermittel des Bundes, die Eigenanteile der jeweiligen Länder und Kommunen sowie Eigen- und Fremdmittel der geförderten Einrichtungen enthalten. Das Investitionsvolumen der abgestimmten Einzelprojekte verteilt sich – Stand: 1. Juli 2000 – wie folgt:

Bundesland	Investitions-volumen in Mio. DM	davon Bundesmittel in Mio. DM	Anzahl der Projekte	davon bewilligt	davon in Bau	fertig gestellte Projekte
Berlin (Ost)	655	527	60	27	8	19
Brandenburg	901	623	114	89	27	48
Mecklenburg-Vorpommern	983	728	121	98	27	65
Sachsen	2 669	1 745	291	215	53	138
Sachsen-Anhalt	1 078	882	120	115	33	70
Thüringen	1 154	898	137	114	37	73
Gesamt	**7 440**	**5 403**	**843**	**658**	**185**	**413**

Die Anzahl der aus Mitteln des Investitionshilfeprogramms geförderten Plätze in den Bereichen der vollstationären und teilstationären Pflege sowie der Kurzzeitpflege ergibt sich aus nachfolgender Tabelle:

Bundesland	**Anzahl der geförderten Pflegeplätze**		
	vollstationär	**teilstationär**	**Kurzzeitpflege**
Berlin (Ost)	5 374	96	164
Brandenburg	5 434	260	276
Mecklenburg-Vorpommern	6 558	161	43
Sachsen	18 101	1 102	631
Sachsen-Anhalt	6 894	303	141
Thüringen	9 336	121	84
Gesamt	**51 697**	**2 043**	**1 339**

Es sind bislang von den Ländern insgesamt rd. 3,36 Mrd. DM aus Bundesmitteln abgerufen worden, davon entfallen auf die einzelnen Bundesländer:

- Berlin — Bundesmittel in Höhe von 209,5 Mio. DM (seit 1995)
- Brandenburg — Bundesmittel in Höhe von 529,9 Mio. DM (seit 1996)
- Mecklenburg-Vorpommern — Bundesmittel in Höhe von 442,2 Mio. DM (seit 1995)
- Sachsen — Bundesmittel in Höhe von 990 Mio. DM (seit 1996)
- Sachsen-Anhalt — Bundesmittel in Höhe von 600,9 Mio. DM (seit 1995)
- Thüringen — Bundesmittel in Höhe von 587,4 Mio. DM (seit 1995)

Insgesamt konnte bei 413 Projekten die Inbetriebnahme verzeichnet werden. Mit jeder neuen Einweihung wird für immer mehr Pflegebedürftige eine deutliche Verbesserung ihres Wohnumfeldes erreicht. Auch die Pflegekräfte erfahren damit eine erhebliche Verbesserung ihrer räumlichen Arbeitsbedingungen.

X. Qualitätssicherung in der Pflege

1. Häusliche Pflege durch Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen

Die Instrumente zur Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege durch Angehörige und sonstige ehrenamtliche Pflegepersonen wurden bereits im Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung dargestellt. Seit Inkrafttreten des 4. SGB XI-Änderungsgesetzes zum 1. August 1999 wurde u. a. die Finanzierung des Pflege-Pflichteinsatzes von dem Pflegebedürftigen auf die zuständige Pflegekasse übertragen. Durch diese Neuregelung, mit der die Akzeptanz dieser Pflegeeinsätze deutlich erhöht werden konnte, wurden die Pflege-Pflichteinsätze zu einer Sachleistung der Pflegeversicherung. Dies bedeutet, dass die Pflegekassen – ebenso wie bei den anderen Pflegesachleistungen – ihren Einfluss auf die inhaltlichen Anforderungen an die Pflege-Pflichteinsätze und auf deren Qualität durch entsprechende Regelungen in den Rahmenverträgen (§ 75 SGB XI) und den Qualitätsgrundsätzen (§ 80 SGB XI) ausüben können.

Anzustreben ist, den Pflege-Pflichteinsätzen noch stärker den Charakter eines Beratungsangebotes in der häuslichen Pflege zu geben. Derzeit weist der Einsatz noch zu stark Kontrollcharakter auf, nicht zuletzt bedingt durch das vom beauftragten Pflegedienst an die zuständige Pflegekasse weiterzuleitende Formular, das als erste Rubrik aufführt „Pflege ist gesichert“, als zweite Rubrik „Pflege ist nicht gesichert“. Es liegt auf der Hand, dass vonseiten des Pflegedienstes, der letztlich auch Geschäftsinteressen hat, davor zurückgescheut wird, „nicht gesicherte Pflege“ zu bescheinigen und dies auch noch von dem Pflegebedürftigen bzw. seinen pflegenden Angehörigen unterschreiben zu lassen. Derart problematische Situationen könnten vermieden werden, wenn das Formular stärker den Charakter einer Einsatzdokumentation bekommen würde, in der positiv aufgezählt wird, welche Vorschläge im konkreten Fall zur Erleichterung oder Verbesserung der Pflege gemacht wurden. Einem kundigen

Sachbearbeiter der zuständigen Pflegekasse werden diese Hinweise genügend Aufschluss darüber geben, ob und was im konkreten Einzelfall zur Verbesserung der häuslichen Pflegesituation zu veranlassen ist.

Im Übrigen handelt es sich bei den Pflege-Pflichteinsätzen nicht um das einzige Instrument der Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege. So ist bereits der MDK im Rahmen der Erstuntersuchung und aller Wiederholungsuntersuchungen im häuslichen Bereich des Pflegebedürftigen verpflichtet, auch zu prüfen, ob die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist und welche Maßnahmen geeignet sind, die häusliche Pflegesituation zu verbessern. Der Qualitätssicherung bei häuslicher Pflege dient zudem die in § 45 SGB XI festgelegte Verpflichtung der Pflegekassen, für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Pflegekurse unentgeltlich anzubieten. In diesen Kursen sollen nicht nur Kenntnisse vermittelt oder vertieft werden, die zur Pflegetätigkeit in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen notwendig oder hilfreich sind, sie sollen vielmehr auch Unterstützung bei körperlichen und seelischen Belastungen sowie dem notwendigen Erfahrungsaustausch der Pflegepersonen untereinander dienen. Dabei kann die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. In diesem Bereich ist ein zunehmendes Engagement der Pflegekassen zu beobachten, die Ausgaben der Pflegekassen sind im Bereich der Pflegekurse in 1999 gegenüber 1998 um rd. 56 v. H. gestiegen.

2. Qualitätssicherung bei zugelassenen Pflegeeinrichtungen nach § 80 SGB XI

Die Ergebnisse von Studien, aber insbesondere auch die Auswertung von Qualitätsprüfungen, die die MDK in den letzten Jahren durchgeführt haben, zeigen in den einzelnen Pflegeeinrichtungen ein sehr unterschiedliches Niveau in der Sicherung der Qualität der Pflege, das auch zu gravierenden Versorgungsmängeln bei den zu betreuenden und zu pflegenden Pflegebedürftigen führen kann und führt. Der weit überwiegenden Zahl von Einrichtungen mit hoher bis mittlerer Qualität (80 bis 90 v. H.) stehen nach wie vor Einrichtungen gegenüber, die den Anforderungen des SGB XI und den dazu getroffenen Vereinbarungen nicht gerecht werden. Im Rahmen der bislang durch den MDK durchgeführten Qualitätsprüfungen wurden in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen vielfach die gleichen Qualitätsdefizite bemängelt: Es wurde z. B. eine mangelhafte Umsetzung des Pflegekonzeptes in der Pflegepraxis gerügt. In vielen Einrichtungen wurde keine aktivierende, auf die Ressourcen und Potenziale der Pflegebedürftigen abgestimmte Pflege festgestellt. Darüber hinaus ließ die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkräfte und die Aktualität des pflegefachlichen Wissens in vielen Fällen zu wünschen übrig. Besondere Problembereiche stellen darüber hinaus die Dekubitusprophylaxe und -therapie, die Inkontinenzversorgung, der Umgang mit Medikamenten und Defizite bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung dar. Insgesamt ist zu befürchten, dass noch zu viele Einrichtungen am Anfang ihrer Beschäftigung mit den Grundlagen der internen Qualitätssicherung stehen und darin eine maßgebliche Ursache für Qualitätsmängel in der pflegerischen Versorgung zu sehen ist.

Vor dem Hintergrund dieser Qualitätsprobleme, aber auch wegen der Einführung des § 80 SGB XI und dessen Ausführungsvereinbarungen, wurde in den letzten Jahren eine intensive Debatte unter den unmittelbar beteiligten Institutionen, Trägern und Berufsgruppen zu Fragen der Qualität und Qualitätsprüfung geführt. Dies hat nicht nur die Beteiligten – die Einrichtungsträger, die Pflegepersonen, die Pflegebedürftigen und deren Verbände –, sondern auch die Länder veranlasst, Anforderungen im Bereich der Qualitätssicherung näher zu präzisieren und vielfältige „Qualitätsoffensiven“ einzuleiten.

Dabei scheint Einvernehmen darüber zu bestehen, dass in Pflegeeinrichtungen eine kontinuierliche und von den Mitarbeitern bewusst getragene interne Qualitätssicherung mit einer Ergänzung und begleitenden Bewertung durch externe Zertifizierungs- oder Prüfverfahren Hand in Hand gehen sollte.

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Qualität der pflegerischen Versorgung ist eine angemessene Personalausstattung. Daher können beispielsweise langfristig nicht besetzte Fachpersonalstellen oder ein zunehmender Einsatz ungelernter Kräfte in den Pflegeeinrichtungen nicht zu vernachlässigende Indizien für eine mit Mängeln behaftete Versorgung sein. Zur Klärung der Frage, welche Personalausstattung angemessen ist, können nicht nur verbesserte Leistungsbeschreibungen und -vereinbarungen, sondern auch verbesserte und allgemein anerkannte Instrumente der Personalbemessung beitragen. In der Entwicklung von Leistungs-, Qualitäts- und Personalbemessungsstandards voran zu kommen, ist eine originäre Aufgabe der Pflegeselbstverwaltung. Dabei dürfte zu berücksichtigen sein, dass die von Einrichtung zu Einrichtung variierenden Leistungs- und Versorgungsstrukturen keine schematischen Personalbemessungsstandards erfordern, sondern flexible und differenzierte Verfahren, die eine leistungsgerechte und einrichtungsindividuelle Personalbemessung zulassen. Personalbemessungs- bzw. Pflegezeitbedarfsbestimmungsverfahren, die eine einrichtungsindividuelle Personalbemessung versprechen, sind erst in der Modell- und Erprobungsphase oder die wissenschaftliche Begleitforschung einschließlich der Prüfung ihre Übertragbarkeit auf deutsche Verhältnisse ist noch nicht abgeschlossen. Es handelt sich z. B. um das amerikanische Resident Assessment Instrument-Beurteilungssystem (RAI 2.0), das kanadische Verfahren „Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis – PLAISIR®“, das Bewohner/-innen – Einstufungs- und Abrechnungssystem (BESA), das Pflegeleistungs- und -zeiterfassungssystem PERSYS oder auch das System Flexible Planung, Leistungserfassung, Do-

kumentation und Abrechnung FEAS®. Der Entwurf des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes[34] sieht im Interesse einer kurzfristigen, pragmatischen Lösung daher die Bestimmung von Rahmenrichtwerten über landesweite Pflegefachkraftquoten und Personalanhaltszahlen durch die Vertragspartner in den Ländern vor. Dieser Lösungsansatz ist zwar nicht so detailliert wie ein differenziertes Personalbemessungssystem; er erlaubt aber in einem ersten Schritt, die aktuell vorhandenen Probleme, im Bereich der Personalbemessung zeitnah anzugehen.

2.1 Interne Qualitätssicherung

Zahlreiche Einrichtungen greifen vornehmlich auf die Bestellung eines (internen) Qualitätsbeauftragten, die Einrichtung von koordinierten Qualitätszirkeln und andere Beratungsformen oder auf die Nutzung von Instrumenten, wie Handbüchern, zur internen Qualitätssicherung zurück. Solche Handbücher, wie z. B. das „KDA-Qualitätshandbuch Wohnen im Heim“, das „Bundesrahmenhandbuch Diakonie-Siegel Pflege: Leitfaden für die Altenhilfe und ambulanten Dienste“, das Qualitätshandbuch der von fünf großen Wohlfahrtsverbänden gegründeten Qualitätsgemeinschaft Pflege Brandenburg (QgP), aber auch die zunehmend von privaten Verbänden erstellten Handbücher, beispielsweise des Bundesverbandes privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter Dienste e. V. (bpa), sind als wichtige Hilfsstellungen für die Strukturierung des internen Qualitätssicherungsprozesses zu bewerten.

Zur Implementierung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in ambulanten und stationären Einrichtungen liegen zurzeit nur wenige verfügbare empirische und vergleichsorientierte Studien vor. Praxisberichte auf der Basis von Einzelprüfungen wie auch die Berichte der MDK im Rahmen der Prüfungen nach § 80 SGB XI heben immer wieder hervor, dass im Vergleich zur Ergebnisqualität Aspekte der Struktur- und Prozessqualität bislang von höherer Wichtigkeit für die Entscheidungsträger in Pflegeeinrichtungen sind, vor allem beim Entwurf und der Erarbeitung von internen Qualitätssicherungsmaßnahmen in stationären Einrichtungen.

Im Bereich der Pflege und Betreuung gerontopsychiatrisch veränderter Menschen bleibt, im Zusammenhang mit internen Instrumenten zur Qualitätssicherung und Erfassung der Pflegequalität, abzuwarten, welche Erfahrungen mit dem in England entwickelten Pflegekonzept „Homes are for Living In“ oder auch mit der dort entwickelten Beobachtungsmethode „Dementia Care Mapping“ gemacht werden.

2.2 Externe Qualitätssicherung

In den letzten Jahren sehen sich die Einrichtungsträger einer Welle externer Zertifizierungs- und Prüfmöglichkeiten gegenüber. So gilt es in den Diskussionen zu unterscheiden zwischen

– zum Teil markenrechtlich eingetragenen Siegeln/Gütezeichen/Zertifikaten kommerzieller Anbieter (z. B. durch TÜV-Cert, Dt. Gesellschaft für Qualität, TÜV Süddeutschland, Institut für Qualitätssicherung im Gesundheitswesen gGmbH, Institut für Qualitätskennzeichnung von sozialen Dienstleistungen GmbH, Stadt Bremen, RAL Gütezeichen Qualitätsgeprüfter ambulanter Pflegedienst usw.),

– der Zertifizierung anhand von (internationalen Verfahrens-) Standards zur Beschreibung der internen Prozesse und Qualitätskriterien (z. B. DIN EN ISO 9000 ff., TQM, EFQM)

– Qualitäts- bzw. Gütesiegel vonseiten oder empfohlen durch Verbände (z. B. Diakonie, Paritätischer Gesamtverband, DBfK, ABVP, bpa, BAGSO, Unternehmensgruppe Dienste für Menschen),

– der Bildung regionaler oder bundesweiter Gremien wie Qualitätssicherungskonferenzen/Pflegekonferenzen/Bundeskonferenzen, Qualitätszirkeln oder Gütegemeinschaften (z. B. in Hamburg, Brandenburg, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, QgP, Buko) oder

– der Beratung und Schulung in Qualitätsfragen durch Verbände, Unternehmensberatungsfirmen, u. Ä. m. (z. B. AWO, bpa, VDAB, bgw, Frey Akademie)

Die Vielfalt der Siegel und Zertifikate zeigt, dass es höchst unterschiedliche Ansätze und Kriterien im Bereich der Qualitätssicherung gibt und macht deutlich, welche Schwierigkeiten für den Einrichtungsträger bestehen, sich für ein Zertifizierungsverfahren zu entscheiden. (Stichworte: Prüfumfang, Trägerunabhängigkeit der Siegel, Neutralität der Prüfer usw.).

3. Länderinitiativen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der pflegerischen Versorgung

In ihrer Mehrzahl unterstützen die Länder den Ansatz, auf die Eigenverantwortung der Einrichtungsträger zu setzen und sie zu einer Verbesserung und Weiterentwicklung ihrer Qualitätssicherungsanstrengungen zu motivieren. Eine Übersicht zu den vielfältigen Initiativen in den Ländern zur Qualitätssicherung und -entwicklung enthält die Anlage 11.

4. Aktuelle Qualitätssicherungsmaßnahmen der Pflegekassen und der MDK

Die Pflegekassen sind für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung ihrer Versicherten verantwortlich. Sie haben darauf hinzuwirken, Mängel der pflegerischen Versorgung zu beseitigen. Die Träger von Pflegeeinrichtungen sind wiederum verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen.

[34] siehe dazu unter C.I.3.1.

Grundsätzlich kann die externe Qualitätssicherung unterschiedliche Formen einrichtungsübergreifender Aktivitäten, sei es z. B. in Gestalt von Beratung oder Außenkontrolle, annehmen. Als Ergänzung zur internen Qualitätssicherung, die im Verantwortungsbereich der Leistungserbringer liegt, werden externe Qualitätssicherungsmaßnahmen, insbesondere im Rahmen von Qualitätsprüfungen durch den MDK oder durch sonstige Sachverständige durchgeführt. Von Vorteil ist, dass die MDK bereits durch die Begutachtung Pflegebedürftiger mit fast allen Pflegeeinrichtungen in der Region Kontakt haben. Die Prüfaufträge werden von den Landesverbänden der Pflegekassen formuliert und erteilt. Die Notwendigkeit der externen Qualitätsprüfung durch den MDK und der daraus resultierende Nutzen für den Versicherten, seine Angehörigen und die Solidargemeinschaft ist vor dem Hintergrund von Prüfberichten, die zum Teil erhebliche Qualitätsmängel in der Qualität von Pflegeeinrichtungen offen legen, deutlich geworden.

4.1 MDK-Konzept zur Qualitätssicherung der Pflege

Auf der Grundlage der im partnerschaftlichen Konsens entstandenen Qualitätsanforderungen nach § 80 SGB XI hat die MDK-Gemeinschaft ein „MDK-Konzept zur Qualitätssicherung in der Pflege“ als Arbeitshilfe entwickelt. Seit 1994 wurde in einer MDK-übergreifenden Projektgruppe – in Zusammenarbeit/Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen und anderen Experten – ein beratungsorientierter Prüfansatz für die MDK-Gemeinschaft sowie ein Konzept zum Prüfverfahren, zu den Prüfinhalten sowie deren Evaluation und zur Prüfkompetenz erarbeitet. Dabei wird dieses externe Qualitätssicherungsverfahren von den MDK als eine Einheit aus Prüfung, Empfehlung und Beratung angesehen. Seit Juni 1997 war eine weitere Projektgruppe auf der Basis der praktischen Erfahrungen mit der Optimierung und Weiterentwicklung dieses ersten Konzeptes beauftragt worden.

Mit der nunmehr seit Juni 2000 vorliegenden MDK-Anleitung, differenziert in eine Anleitung für den ambulanten und eine für den stationären Bereich, wird einerseits den MDK seit Oktober 2000 ein Leitfaden für eine einheitliche Umsetzung der Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI geboten. Gleichzeitig wird hierdurch ein einheitliches Verfahren der Qualitätsprüfung durch die MDK-Gemeinschaft empfohlen, das in ein allgemeines Verständnis von Qualitätsentwicklung eingebettet und vor dem Hintergrund zu sehen ist, dass die Mitwirkung des MDK bei der Qualitätsentwicklung in den Pflegeeinrichtungen nur dann effektiv sein wird, wenn sie prozessbegleitend angelegt ist. Die MDK-Anleitung kann darüber hinaus den zugelassenen Pflegeeinrichtungen als hilfreiches Instrument zur Selbstevaluation dienen. Die Veränderungen gegenüber dem ersten Konzept bestehen insbesondere in der deutlicheren Orientierung der Prüfanleitungen an die aktuellen pflegefachlichen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und der Schwerpunktverlagerung von der Struktur- hin zur Prozess- und Ergebnisqualität. Unter der Voraussetzung einer einheitlichen Umsetzung durch die MDK bietet die Anleitung insofern gleichzeitig die Möglichkeit einer einheitlichen, verbesserten Berichterstattung.

4.2 Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI

Folgende Angaben vermitteln einen bundesweiten Überblick über den Umfang und die Art der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen der MDK-Gemeinschaft[35]:

- Bis Ende 1998 wurden durch die MDK ca. 900 Qualitätsprüfungen im ambulanten Bereich und ca. 600 Qualitätsprüfungen im stationären Bereich durchgeführt.
- In 1999 wurden durch die MDK 922 Qualitätsprüfungen im ambulanten Bereich und 1 566 Qualitätsprüfungen im stationären Bereich durchgeführt.

Nachdem in den letzten Jahren überwiegend anlassbezogene Qualitätsprüfungen durchgeführt worden sind, wollen die Landesverbände der Pflegekassen für die Zukunft verstärkt Stichprobenprüfungen veranlassen.

Auswertungen der Prüfergebnisse zeigten in den letzten Jahren hinsichtlich der Sensibilität der Einrichtungsträger für Fragen der Qualitätssicherung folgendes Bild:

Während sich ein Teil der Einrichtungsträger bereits vor der Einführung des § 80 SGB XI und der damit verbundenen Vereinbarungen und Empfehlungen ein einrichtungsindividuelles Qualitätssicherungskonzept erarbeitet hatte und diese Aktivitäten nun durch die Differenzierung in weitere Qualitätssicherungsschritte noch intensivierte, veranlassten erst diese Bestimmungen einen weiteren Teil, einen Suchprozess nach geeigneten internen Qualitätssicherungsmaßnahmen und -instrumenten in diesem für sie noch neuen Feld einzuleiten, diesen intern organisatorisch weiterzuentwickeln, sich zu qualifizieren und gegebenenfalls zertifizieren zu lassen. Bei einem nicht unerheblichen Teil von Einrichtungen konnten durch die Vereinbarungen keinerlei Impulse für interne Qualitätssicherungsmaßnahmen oder gegebenenfalls deren Verbesserung gesetzt werden.

Insbesondere die Auswertung der Qualitätsprüfungen ambulanter Pflegeeinrichtungen, beispielsweise in Baden-Württemberg, bestätigt nicht das an Einzelfällen medienwirksam festgemachte Urteil, qualitativ hochwertige Pflege sei unter den gegebenen Bedingungen nicht mehr leistbar. Es zeigt aber auch, dass die Mehrzahl der von ambulanten Pflegediensten erbrachten Pflegeleistungen außerhalb des SGB XI liegt und

[35] Angaben ohne die in Schleswig-Holstein im Rahmen des Aktionsprogramms durchgeführten Kurzprüfungen.

damit gegenwärtig keinerlei Qualitätsprüfung oder Kontrolle erfolgt. Insgesamt konzentrieren sich im stationären Bereich die Prüfungen auf vollstationäre Einrichtungen. Eigenständige Kurzzeitpflegeeinrichtungen und teilstationäre Einrichtungen wurden bisher nur in Einzelfällen überprüft[36].

Zur Wahrnehmung seiner Prüf- und Beratungsaufgaben in Erfüllung der Prüfungen nach § 80 SGB XI sind an den MDK und seine Mitarbeiter besondere Anforderungen hinsichtlich der Fachkompetenz der Prüfteams sowie der personellen Ressourcen für diese Aufgaben zu stellen. Vor diesem Hintergrund werden bei der Auswahl der für diese Aufgabe einzusetzenden Mitarbeiter Kriterien wie pflegefachliche Kompetenz, Führungskompetenz im pflegerischen Bereich ebenso berücksichtigt wie Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung. Um diesen Anspruch fachlich glaubwürdig umsetzen zu können, betrauen die MDK mit dieser Aufgabe hauptsächlich Pflegefachkräfte. Diese verfügen meist über langjährige Berufserfahrung sowie häufig über Zusatzqualifikationen wie Leitungsqualifikationen, Praxisanleiter u. Ä. m. Die im mittleren Management zuständigen Fachkräfte haben zunehmend Fachhochschulabschlüsse im Pflegemanagement, in Pflegepädagogik oder vergleichbare Qualifikationen. Auf ihre spezifische Aufgabe werden die Mitarbeiter durch MDK-übergreifende Fortbildungen vorbereitet, die durch MDK-interne Maßnahmen ergänzt werden. In Bayern, Sachsen-Anhalt, Berlin und Brandenburg wurden Mitarbeiter beispielsweise zu Qualitätsauditoren ausgebildet. Die Prüfaufträge werden derzeit in den MDK von insgesamt 210 Mitarbeitern umgesetzt; davon werden 77 Mitarbeiter ausschließlich und 133 Mitarbeiter zusätzlich zu anderen Aufgaben im Bereich der Qualitätsprüfungen eingesetzt. Zur Verteilung der eingesetzten Mitarbeiter auf die Professionen siehe Grafik 8.

4.3 Rahmenkonzept für die Weiterbildung der verantwortlichen Pflegefachkraft

Mit Blick darauf, dass ein professionelles Pflege- und Führungsverständnis sowie die Durchsetzungsfähigkeit der verantwortlichen Pflegefachkraft die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität entscheidend beeinflussen, wurde seitens der Spitzenverbände der Pflegekassen in Zusammenarbeit mit der „ständigen Konferenz der Weiterbildungsinstitute für leitende und lehrende Pflegekräfte“ und den zuständigen Referenten der Länder ein „Rahmenkonzept für die Weiterbildung der verantwortlichen Pflegefachkraft“ erarbeitet. Damit wird zum einen die Weiterbildungsregelung in den Qualitätsmaßstäben gemäß § 80 SGB XI konkretisiert. Zum anderen wird eine Orientierung zur Weiterbildung zur Verfügung gestellt, um die in den Bundesländern zum Einsatz kommenden Regelungen zur Weiterbildung der verantwortlichen Pflegefachkraft zu vereinheitlichen.

[36] zu weiteren Einzelheiten siehe Anlage 12.

4.4 Weitere Ansätze zur Verbesserung der Qualität der Pflege

Das Modellprojekt der Ersatzkassen zur „Verbesserung der Qualität in der Pflege“ greift die Qualitätsdiskussion in der Pflege aus Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen auf. In zehn Pflegeeinrichtungen wurden mit Bewohnern und Angehörigen Interviews über die Zufriedenheit mit den Leistungen geführt sowie relevante Strukturdaten und Rahmenbedingungen erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Bewohner bzw. Angehörigen durchaus in der Lage sind, die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen zu bewerten. Obgleich die Befragten weitgehend mit den Leistungen zufrieden sind, lassen die Untersuchungsergebnisse Stärken und Schwächen der beteiligten Pflegeeinrichtungen und damit Anhaltspunkte für Verbesserungen der Angebots- und Leistungsstruktur erkennen. Maßgebend für die Bewertung durch die Bewohner waren eine Vielzahl von Faktoren, z. B. die Grundhaltung und Motivation der Mitarbeiter. Die Annahme, in Einrichtungen mit hohem Heimentgelt seien die Bewohner grundsätzlich zufrieden, fand keine Bestätigung.

Des Weiteren fördern die Spitzenverbände der Pflegekassen verstärkt die Implementierung von Qualitätsmanagementmaßnahmen durch die Einrichtungsträger.

XI. Rehabilitation vor Pflege

Im Berichtszeitraum 1998 bis 2000 hat der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ keine inhaltliche Änderungen erfahren. Insofern kann auf die allgemeinen Ausführungen hierzu im Ersten Bericht verwiesen werden. Pflegebedürftigkeit ist nach wie vor besonders ein Problem des fortgeschrittenen Lebensalters. Angesichts der Altersentwicklung der Bevölkerung und der Altersstruktur der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung muss der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ vor allem die geriatrische Rehabilitation betreffen. Die mittelfristige Wirksamkeit von Interventionsprogrammen im Sinne der präventiven Geriatrie, dass heißt von eingreifenden Maßnahmen im Vorfeld von Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, ist in mehreren internationalen Studien nachgewiesen. Durch eine qualifizierte geriatrisch-rehabilitative Behandlung kann die Pflegebedürftigkeit vermieden, verhindert oder zumindest hinausgezögert werden.

In der „Rahmenkonzeption zur Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation in der gesetzlichen Krankenversicherung“ vom 28. März 1995, zu der sich die Spitzenverbände der Krankenkassen bekannt haben, wird ausdrücklich festgestellt, dass auch bei vorhandener Pflegebedürftigkeit ein Rehabilitationspotenzial gegeben sein kann.

Die Bereitschaft der Ärzte, das Rehabilitationspotenzial bei alten Patienten weitgehend zu nutzen, setzt vor allem ein Wissen um das Vorhandensein eines solchen Potenzials voraus und die Überzeugung, dass auch ein

alter Mensch Anspruch hat, ein menschenwürdiges Dasein so weitgehend wie möglich unabhängig von fremder Hilfe zu führen. Selbst wenn in schweren Fällen Pflegebedürftige nur wieder dazu befähigt werden können, selbstständig zu essen und selbstständig die Toilette zu benutzen, ist damit ein wichtiges Rehabilitationsziel erreicht.

1. Zur gegenwärtigen Rechtslage bei Rehabilitationsleistungen

Seit dem Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung hat es keine wesentlichen Rechtsänderungen bei den Rehabilitationsleistungen im Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI gegeben. Insoweit kann daher auf die entsprechenden Ausführungen im Ersten Bericht verwiesen werden.

2. Zur Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

Im Rahmen der Umsetzung der Pflegeversicherung zeigte sich auch in dem vorliegenden Berichtszeitraum, dass in etwa 20 v. H. der Fälle anlässlich der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit Einzelmaßnahmen der Rehabilitation (z. B. Krankengymnastik, Sprach- oder Beschäftigungstherapie) durch Gutachterinnen und Gutachter der MDK empfohlen wurden.

Im überarbeiteten Formulargutachten werden seit dem 1. Januar 2000 zusätzlich Empfehlungen zur Notwendigkeit von komplexen Rehabilitationsmaßnahmen ausgewiesen. In diesem neuen Pflegegutachten müssen die Aussagen zu Rehabilitationsmaßnahmen nicht nur Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit, sondern vor allem zur Motivation und Belastbarkeit des Antragstellers beinhalten. Weiterhin sollen möglichst Angaben zur Durchführung der Maßnahmen – geriatrische oder indikationsspezifische Rehabilitation (z. B. neurologisch oder kardiologisch) – erfolgen. Bei ungeklärter Rehabilitationsbedürftigkeit ist vom Begutachtenden ggf. eine Rehabilitationsabklärung anzuregen.

Der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ muss weiterhin noch nachhaltiger als bisher beachtet werden. Die in den letzten Jahren stetig gewachsene Kompetenz der MDK – vor allem im Bereich der geriatrischen Rehabilitation – ist eine wichtige Voraussetzung hierfür.

Um die geriatrischen Rehabilitation weiter zu festigen und die notwendigen Strukturen für eine erfolgreiche Umsetzung der Rehabilitationsempfehlungen zu schaffen, wurden im Berichtszeitraum 1998 bis 2000 zahlreiche Maßnahmen durchgeführt, die auch künftig wegen ihrer Bedeutung für die Verwirklichung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“ fortgeführt und durch weitere Maßnahmen, die zum Teil bereits eingeleitet sind, ergänzt werden müssen. Im Einzelnen geht es dabei vor allem um folgende Maßnahmen:

– Gewährleistung einer kontinuierlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gutachter zur Ermittlung des Rehabilitationspotenzials der Versicherten und zur Abgabe von Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Rehabilitation.

  Mit 17 Fachseminaren hat sich die Anzahl der seit 1995 am Albertinen-Krankenhaus in Hamburg durchgeführten Weiterbildungsveranstaltungen im Berichtszeitraum verdoppelt. Insgesamt wurden in den Fachseminaren mehr als 400 MDK-Ärzte und Pflegefachkräfte geschult. Die Schulungen wurden regelmäßig den neuesten Erkenntnissen der geriatrischen Rehabilitation angepasst, die Schulungsinhalte entsprechend ergänzt und ihre Dauer um jeweils zwei Tage verlängert, um die umfangreichen Informationen adäquat vermitteln zu können. Der MDS wird diese Spezialseminare auch weiterhin anbieten.

– Bei der Entwicklung des o. g. neuen Pflegegutachtens erhielt der rehabilitative Aspekt deutlich mehr Gewicht. Durch die zusammenfassende Darstellung der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und der Ressourcen des Pflegebedürftigen wird das Rehabilitationspotenzial des Betroffenen unmittelbar deutlich. So werden Gutachter und Kassenmitarbeiter direkt für notwendige und mögliche Rehabilitationsmaßnahmen sensibilisiert. Auch der Bereich der Prävention ist jetzt ausführlicher darzustellen.

– Die MDK-Gemeinschaft entwickelt eine „Begutachtungshilfe Geriatrische Rehabilitation“, um den Gutachtern auf der Basis einheitlicher Vorgaben bezüglich der Bewertung von Indikation, Potenzial und Zielen der Rehabilitation eine noch bessere Begutachtung von Rehabilitationsanträgen und effektivere Rehabilitationsempfehlungen zu ermöglichen.

– Der bundesweite Modellversuch „Ambulante geriatrische Rehabilitation“ des BMA wird durch die MDK-Gemeinschaft maßgeblich fachlich und personell unterstützt.

– Vom MDS wird ein Workshop über die „Versorgungspolitischen Aspekte der Geriatrie“ vorbereitet und durchgeführt.

– Kranken- und Pflegekassenmitarbeiter werden durch Fachleute der MDK in Rehabilitationsfragen geschult.

– Gewährleistung der Weitergabe der Vorschläge des MDK zur Rehabilitation von der Pflegekasse an die Krankenkasse.

– Sicherstellung, dass die notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen durch die Krankenkasse in Zusammenarbeit mit den Hausärzten eingeleitet werden.

– Um effektive Rehabilitationsmaßnahmen für einen stetig wachsenden Bevölkerungsanteil zu gewährleisten, müssen die bisher überwiegend unkoordi-

niert entstandenen geriatrischen Versorgungsstrukturen zu einem Rehabilitations-Netz, in dem ambulante und stationäre Maßnahmen nicht konkurrieren sondern sich ergänzen, ausgebaut werden. Nur in einem entsprechend strukturierten flächendeckenden Angebot können die Empfehlungen der medizinisch/pflegerischen Gutachter auch zielführend umgesetzt werden.

– Neben bereits laufenden regionalen Modellprojekten zum Aufbau der ambulanten geriatrischen Rehabilitation (z. B. Hessen, Baden-Württemberg) beabsichtigen die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam mit dem BMA ein Modellprojekt zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation mit wissenschaftlicher Begleitung durchzuführen. Damit wäre ein wichtiger Schritt für die konsequente Umsetzung der mit der Pflegeversicherung verbesserten Ansprüche auf Rehabilitationsmaßnahmen getan.

  In diesem Zusammenhang gehört nach wie vor die Verabschiedung der Richtlinien zur Rehabilitation gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V zu den vorrangigen Aufgaben des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, um den mit der Pflegeversicherung verbesserten Rechtsanspruch auf Rehabilitation erfolgreich umzusetzen.

Im Übrigen sind mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 alle Voraussetzungen zur Verbesserung von Rehabilitationsmaßnahmen durch die gesetzliche Krankenversicherung zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit geschaffen worden. Insbesondere ist der Bereich der ambulanten wohnortnahen Rehabilitation gestärkt worden. Soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit ambulanten medizinischen Rehabilitationsleistungen erforderlich ist, können die Krankenkassen nunmehr auf einer gesicherten Rechtsgrundlage Leistungen in wohnortnahen Einrichtungen erbringen.

XII. Pflegeversicherung und Ausland

Grundsätzlich ruhen die Ansprüche auf Leistungen der Pflegeversicherung, solange sich Versicherte im Ausland aufhalten. Bei einem befristeten Aufenthalt von bis zu sechs Wochen im Ausland, also auch in Ländern außerhalb der Europäischen Union (EU), ist das Pflegegeld (oder bei Beziehern der Kombinationsleistung das anteilige Pflegegeld) weiterzugewähren. Aufgrund der Verordnung (EWG) 1408/71 und der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) ergeben sich innerhalb der EU Besonderheiten.

1. Urteil des EuGH in der Rechtssache Molenaar ./. AOK Baden-Württemberg

In der Rechtssache der Eheleute Molenaar gegen die AOK Baden-Württemberg (C-160/96) hat der EuGH am 5. März 1998 einerseits bestätigt, dass Grenzgänger, die in der Bundesrepublik Deutschland beschäftigt sind, in der Bundesrepublik versicherungspflichtig sind und dass die Versicherungspflicht nach dem SGB XI mit dem Recht der Europäischen Union (EU) in Einklang steht. Andererseits hat er gleichzeitig entschieden, dass das Pflegegeld eine „Geldleistung bei Krankheit“ im Sinne der Verordnung (EWG) 1408/71 ist und daher in andere Länder der EU und damit auch in die Länder des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) zu exportieren ist. Bis dahin hatte der EuGH als „Geldleistung bei Krankheit“ nur solche Leistungen angesehen, die den Verdienstausfall des kranken Arbeitnehmers ausgleichen sollen.

Der EuGH stellte in dem Molenaar-Urteil fest, dass Versicherte im Ausland nach Artikel 19 Abs. 1 Buchstabe b der Verordnung (EWG) 1408/71 einen Anspruch auf das Pflegegeld haben, auch wenn dies nach deutschem Recht ausdrücklich ausgeschlossen ist. Die Regelung des § 34 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI verstoße gegen die vorrangige Regelung in Artikel 19 der Verordnung (EWG) 1408/71. Für die Qualifizierung des Pflegegeldes als eine exportpflichtige Geldleistung bei Krankheit sprach nach Auffassung des EuGH, dass es periodisch ohne Nachweis über entstandene Auslagen und als ein fester Betrag gezahlt wird, unabhängig von den Ausgaben im Einzelfall. Da der Pflegebedürftige frei darin sei, wie er das Pflegegeld verwende, ermögliche es, den Lebensstandard des Pflegebedürftigen durch einen Ausgleich der pflegebedingten Mehrkosten insgesamt zu verbessern.

Nach der vom EuGH für die soziale Pflegeversicherung für anwendbar erklärten Verordnung (EWG) 1408/71 sind Geldleistungen zu exportieren, Sachleistungen sind es nicht. Im Bereich der Sachleistungen gilt vielmehr das Prinzip der Inländergleichbehandlung. Das bedeutet, dass alle Bewohner in einem Mitgliedstaat die gleichen Sachleistungen erhalten, unabhängig davon, ob sie im Aufenthaltsland versichert sind oder aus einem anderen EU-Mitgliedstaat ihren Versicherungsschutz beziehen. Die Kosten, die dem aushelfenden Versicherungsträger im Aufenthaltsstaat durch diese sog. Sachleistungsaushilfe entstehen, sind vom zuständigen Versicherungsträger zu erstatten.

2. Auswirkungen des Urteils des EuGH in der Rechtssache Molenaar ./. AOK Baden-Württemberg

Die Auswirkungen des Urteils beschränken sich auf:

a) bestimmte Länder

   Das Urteil kann sich nur auswirken für Personen, die sich in Ländern der EU und des europäischen Wirtschaftsraumes – EWR – (also auch Norwegen, Island und Liechtenstein) aufhalten;

b) bestimmte Personengruppen

   Begünstigt sind nur Personen, die trotz des Aufenthaltes oder Wohnsitzes in anderen Ländern der EU bzw. des EWR in der deutschen Pflegeversicherung

aktuell versichert sind und dementsprechend Beiträge zur deutschen Pflegeversicherung zahlen. Mit begünstigt sind selbstverständlich ihre mitversicherten Familienangehörigen (Ehegatten und Kinder). Es handelt sich hierbei insbesondere um folgende Personengruppen:

- Rentner sowie ihre Familienangehörigen, die nur eine deutsche Rente beziehen (sog. Einfachrentner) und in einem anderen Mitgliedstaat wohnen (rd. 60 000 Rentner). Nicht dazu gehören z. B. Rentner im Ausland, die sowohl aufgrund von Beschäftigungszeiten in Deutschland als auch aufgrund von Beschäftigungszeiten im Ausland eine Rente erhalten (Doppelrentner). Denn der Doppelrentner scheidet aufgrund EG-rechtlicher Regelungen mit der Wohnsitznahme im EU-Ausland in aller Regel aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und damit auch der sozialen Pflegeversicherung aus; er wird dem Versicherungssystem im Wohnsitzland zugewiesen. Auch bei einer nur sehr niedrigen Rente aus dem Herkunftsland kann damit kein Anspruch auf das Pflegegeld aus Deutschland bestehen.
- Grenzgänger, die in einem EU-Nachbarland wohnen und in Deutschland beschäftigt und versichert sind, sowie ihre Familienangehörigen (rd. 60 000 Grenzgänger);
- die in einem anderen EU-Mitgliedsstaat wohnenden Familienangehörigen von in Deutschland beschäftigten und versicherten Arbeitnehmern (rd. 15 000 Familien).

Von dem potenziell betroffenen Personenkreis wird jedoch nur bei einem Bruchteil der Pflegefall eintreten. Bis Mitte 2000 gab es lediglich rd. 1 000 Leistungsempfänger von Pflegegeld, die in einem Mitgliedstaat der EU bzw. des EWR wohnen.

Mit der Molenaar-Entscheidung des EuGH ist unmittelbar geltendes Recht geschaffen worden, es greift also unmittelbar in bestehende Rechtsverhältnisse ein, ohne dass es eines besonderen Rechtssetzungsaktes des nationalen Gesetz- oder Verordnungsgeber bedürfte. Diese Entscheidung unterscheidet sich in ihren Auswirkungen grundlegend von den Entscheidungen, die der EuGH ebenfalls im Frühjahr 1998 in den Rechtssachen Kohll und Decker zur Luxemburgischen Krankenversicherung gefällt hat, die vom Kostenerstattungsprinzip geprägt ist. Die diesen Entscheidungen zugrunde liegenden Sachverhalte sind mit der Sach- und Rechtslage der vom Sachleistungsprinzip geprägten deutschen Kranken- und Pflegeversicherung nicht vergleichbar und sind daher bei der Anwendung des Rechts der Europäischen Gemeinschaft auf die deutsche Kranken- und Pflegeversicherung nicht, auch nicht teilweise zu übertragen.

Das Molenaar-Urteil hat eine Reihe von Umsetzungsproblemen aufgeworfen, die insbesondere die Organisation und Durchführung der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Ausland, die Durchführung der auch im Inland bei Pflegegeldbezug vorgesehenen Pflege-Pflichteinsätze sowie die Anrechnung von im Ausland nach dortigem Recht bezogenen Pflegeleistungen betreffen. Dabei mussten Verfahren entwickelt werden, die in jedem Fall die Gleichbehandlung von Versicherten in In- und Ausland sicherstellen. Die Begutachtung und Feststellung der Pflegebedürftigkeit muss im EU-Ausland nach denselben Vorschriften wie im Inland erfolgen, und zwar durch Ärzte, die die gleiche Schulung erhalten wie die im Inland tätigen Ärzte und Pflegefachkräfte. Die Gewährung der Pflegeleistungen im EU-Ausland hat auf der Grundlage derselben Kriterien zu erfolgen, die auch im Inland maßgeblich sind.

Versicherte der sozialen Pflegeversicherung im Ausland erhalten das Pflegegeld – ebenso wie dies bei Versicherten im Inland der Fall ist – nur, wenn sie die vorgesehenen Wiederholungsbegutachtungen ermöglichen und die bei Pflegestufe I und II halbjährlich, bei Pflegestufe III vierteljährlich vorgeschriebenen Pflege-Pflichteinsätze nachweisen. Da die Pflichteinsätze durch die im Inland tätigen zugelassenen Einrichtungen bei Pflegebedürftigen im Ausland nicht möglich sind, mussten von den sozialen Pflegekassen andere Verfahren für den Nachweis festgelegt werden, dass im Einzelfall die häusliche Pflege gesichert ist. Dabei kann auch die Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung des Hausarztes als ausreichend akzeptiert werden. Die Begutachtungen und Wiederholungsbegutachtungen durch den Medizinischen Dienst erfolgen für die pflegebedürftigen Versicherten der sozialen Pflegeversicherung auch im Ausland kostenlos.

Bei Bezug von gleichartigen Leistungen im Ausland nach dortigem Recht ist der Anspruch auf das Pflegegeld aus Deutschland gegebenenfalls zu kürzen. Zum Beispiel kann bei Aufenthalt in Österreich das Pflegegeld nicht von beiden Ländern jeweils in voller Höhe aufgebracht werden. Für beide Länder gilt, dass der Anspruch unter Anrechnung der Leistung des anderen Landes teilweise ruht.

3. Umsetzung des Urteils zugunsten Privatversicherter

Der EuGH hat sich nicht dazu geäußert, ob die Verordnung (EWG) 1408/71 auch auf die private Pflegeversicherung anzuwenden ist. Es ist gerichtlich auch nicht entschieden worden, ob sich aus der gesetzlichen Vorgabe, dass die private Pflegeversicherung im Vergleich zur sozialen Pflegeversicherung gleichwertige Leistungen vorsehen muss (§ 23 Abs. 1 SGB XI), auch eine Verpflichtung der Unternehmen ableiten lässt, das Pflegegeld ins EU-Ausland zu exportieren. Nach überwiegender Auffassung ist die maßgebende Verordnung (EWG) 1408/71 nicht auf die private Pflegeversicherung anzuwenden und daher das Molenaar-Urteil für die privaten Versicherungsunternehmen auch nicht unmittelbar bindend. Dennoch haben sich die privaten Versicherungsunternehmen darauf verständigt, Ver-

sicherungsnehmern, die während der Dauer ihres Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes in einem Mitgliedstaat der EU bzw. des EWR ihren Pflegeversicherungsschutz aufrechterhalten wollen, die Fortführung des Versicherungsvertrages anzubieten und ihnen dann das Pflegegeld ins Ausland in gleicher Weise zu zahlen wie die sozialen Pflegekassen.

XIII. Berücksichtigung von Leistungen der Pflegeversicherung in anderen Sozialleistungs- und Rechtsbereichen

1. Allgemein

Das grundsätzliche Verhältnis der Leistungen der Pflegeversicherung zu anderen Sozialleistungen hat sich im Berichtszeitraum nicht verändert. Die Leistungen der Pflegeversicherung sind nachrangig gegenüber den entschädigungsrechtlichen Ansprüchen bei Pflegebedürftigkeit; sie gehen den fürsorgerischen Ansprüchen auf Hilfe zur Pflege vor, lassen die Leistungen der GKV nach § 37 SGB V – häusliche Krankenpflege – grundsätzlich unberührt und bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt.

2. Entwicklungen und Veränderungen im Berichtszeitraum

2.1 Verhältnis zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Verhältnis der gesetzlichen Krankenversicherung zur Pflegeversicherung ist immer wieder Gegenstand von Kritik über angebliche Schnittstellenprobleme zu Lasten der Versicherten. Diskussions- und Problemfelder sind in diesem Zusammenhang die Zuordnung der

– häusliche Krankenpflege,
– Hilfsmittelversorgung im Heim,
– medizinische Behandlungspflege im Heim sowie die
– Umsetzung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“[37].

2.2 Häusliche Krankenpflege

Bereits im Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung wurde dargestellt, dass gehäuft Fälle aufgetreten sind, in denen Krankenkassen Anträge von pflegebedürftigen Versicherten auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu Unrecht abgelehnt haben. Auch in der Zwischenzeit kam es immer wieder zu entsprechenden Klagen der Versicherten. Prüfungen des Bundesversicherungsamtes bei den bundesunmittelbaren Pflegekassen haben bestätigt, dass in vielen Fällen die Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu Unrecht von den Krankenkassen verweigert wurden. Dies hat das Bundesversicherungsamt als Aufsichtsbehörde veranlasst, in einem Rundschreiben an die Krankenkassen vom 13. Januar 2000 klarzustellen, dass auch die sog. einfache Behandlungspflege (wie z. B. Medikamentengabe, Einreibungen, Blutdruckkontrolle, Insulininjektionen) grundsätzlich Bestandteil des Anspruchs auf häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V ist. Es hat ferner klargestellt, dass sich die Krankenkasse auf den Ausschlusstatbestand des § 37 Abs. 3 SGB V nicht mit der Begründung berufen kann, im konkreten Einzelfall erbringe ein ambulanter Pflegedienst im Rahmen des in der Pflegeversicherung gegebenen Sachleistungsanspruchs regelmäßig im Haushalt des Pflegebedürftigen Leistungen der Grundpflege und/oder der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Anspruch auf Gewährung häuslicher Krankenpflege ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil ein Pflegebedürftiger zugleich Leistungen bei häuslicher Pflege aus der Pflegeversicherung erhält.

Eine weitere Klarstellung für die Praxis hat zudem das Urteil des Bundessozialgerichts vom 30. März 2000 gebracht (Az: B 3 KR 14/99 R), in dem entschieden wurde, dass dem Anspruch auf häusliche Krankenpflege nicht entgegensteht, dass es sich im Einzelfall um Maßnahmen handelt, die auch von nicht ausgebildeten Pflegepersonen durchgeführt werden können. Der Anspruch entfalle nicht schon dann, wenn im Haushalt lebende Angehörige die erforderlichen Maßnahmen durchführen könnten, sondern erst dann, wenn sie dazu im Einverständnis mit dem zu Pflegenden auch bereit sind. Es kommt hier also auf eine konkrete Einzelfallprüfung an. Der Ausschlusstatbestand des § 37 Abs. 3 SGB V darf nicht zulasten der Versicherten weit ausgelegt werden.

Eine entscheidende Neuerung in diesem Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist durch die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 SGB V, die am 14. Mai 2000 in Kraft getreten sind, erzielt worden. Die Richtlinien enthalten erstmals eine konkrete Auflistung, welche Pflegeleistungen als Grund- oder Behandlungspflege vom Arzt zu verordnen und entsprechend von den gesetzlichen Krankenkassen zu genehmigen sind.

Die bisherige Umsetzung der gesetzlichen Grundlagen der häuslichen Krankenpflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung war ungenügend. Darauf beruhten auch die in den letzten Jahren vermehrt auftretenden Vertragsstreitigkeiten zwischen den Krankenkassen und den Pflegediensten sowie die sozialgerichtlichen Streitigkeiten zwischen den Krankenkassen und ihren Versicherten um die Leistungsbewilligung. Durch die Richtlinien wird erstmalig der Leistungsanspruch der Versicherten auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege bundeseinheitlich konkretisiert und verbindlich festgeschrieben. Grund- und Behandlungspflegeleistungen, die vom Vertragsarzt auf Grundlage der Richtlinien verordnet werden, sind gemäß den

[37] siehe hierzu bereits unter C.XI.

Bestimmungen des § 37 SGB V von der Krankenkasse zu genehmigen und deren Kosten sind von der Krankenkasse zu übernehmen.

Es ist davon auszugehen, dass angesichts der klarstellenden Äußerungen des Bundessozialgerichtes und des Bundesversicherungsamtes sowie der Regelungen in den Richtlinien des Bundesausschusses die Krankenkassen wieder zu einer Praxis zurückzukehren, die die berechtigten Ansprüche ihrer pflegebedürftigen Versicherten nicht außer Acht lässt.

2.3 Hilfsmittelversorgung im Heim

Das SGB XI sieht bei stationärer Pflege – anders als bei der häuslichen Pflege (§ 40 SGB XI) – keinen Individualanspruch des Pflegebedürftigen gegenüber seiner Pflegekasse auf Hilfsmittelversorgung vor. Die meisten Hilfsmittel, insbesondere die technischen Hilfsmittel, sind Anlagegüter. Sie gehören zu dem Bereich Investitionskosten; also zu einem Kostenbereich, in dem die Pflegeversicherung grundsätzlich nicht zu leisten hat. Die Pflegeversicherung könnte nur berührt werden, soweit es sich um Verbrauchsgüter handelt, wie z. B. Einmalhandschuhe, Bettschutzeinlagen und Desinfektionsmittel. Diese werden als Bestandteil der Pflegevergütung von den Pflegekassen mit ihren Leistungsbeträgen in Höhe von 2 000 DM, 2 500 DM, 2 800 DM, 3 300 DM pro Monat mitfinanziert, vorausgesetzt, es besteht keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Das Recht der GKV sieht die Versorgung mit Hilfsmitteln vor, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen (§ 33 SGB V). Die Hilfsmittelversorgung hat zum Ziel, ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktionen zu ermöglichen, zu ersetzen, zu erleichtern, zu ergänzen etc. Nach ständiger Rechtsprechung ist ein Hilfsmittel auch dann notwendig, wenn nur auf diese Weise das allgemeine Grundbedürfnis der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben befriedigt werden kann. Es gibt keine Regelung im Krankenversicherungsrecht, die bei der Hilfsmittelversorgung danach unterscheidet, ob der Versicherte zu Hause oder im Heim lebt.

Gleichwohl kam es seit Mitte 1997 gehäuft zu Problemen bei der Hilfsmittelversorgung stationär versorgter Pflegebedürftiger. Gestützt auf eine von den Spitzenverbänden der Kranken-/Pflegekassen herausgegebene Verlautbarung lehnten zahlreiche Krankenkassen Anträge stationär Pflegebedürftiger auf Bewilligung ärztlich verordneter Hilfsmittel ab mit der pauschalen Begründung, die Pflegeheime hätten aufgrund des mit den Pflegekassen geschlossenen Versorgungsvertrages die Pflicht, eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung zu bieten, dies schließe den Einsatz und die Vorhaltung des beantragten Hilfsmittels mit ein.

Es trifft zwar zu, dass ein Pflegeheim aufgrund des mit den Pflegekassen geschlossenen Versorgungsvertrages in gewissem Umfang für eine ausreichende pflegerische Infrastruktur zu sorgen hat. Aus dem Versorgungsvertrag kann sich jedoch für den Heimträger allenfalls eine Pflicht zur Vorhaltung solcher Hilfsmittel ableiten, die für den Betrieb der Einrichtung im Allgemeinen, also losgelöst vom Bedarf konkreter Einzelfälle erforderlich sind. Hilfsmittel, die individuell angepasst werden müssen oder die dem Pflegebedürftigen im Heim zur alleinigen Nutzung zur Verfügung stehen müssen, können nicht zur Grundausstattung eines Pflegeheimes gehören.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben Mitte 1999 noch einmal in einem klarstellenden Schreiben an ihre Mitgliedskassen ausdrücklich festgestellt, dass ein Anspruch auf individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln im Sinne der GKV auch bei den in Pflegeeinrichtungen lebenden Versicherten besteht. Nach dieser Erklärung haben sich die Probleme bei der Bewilligungspraxis im Bereich der Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen vor Ort zwar deutlich verringert, sie konnten jedoch nicht ganz beseitigt werden.

Daher wurden die Spitzenverbände der Pflegekassen gebeten, sich in einer Arbeitsgruppe mit den für die Investitionsförderung zuständigen Ländern auf einen sachlich fundierten Katalog der Hilfsmittel zu verständigen, die zur Grundausstattung eines Pflegeheimes gehören sollen. Der Abgrenzungskatalog könnte entweder über die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI oder die Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI verbindlichen Charakter für die Beteiligten erlangen. Die Bemühungen der Selbstverwaltung und der Länder sind jedoch in den meisten Ländern noch nicht zu einem positiven Abschluss gebracht worden.

Eine gewisse Klarstellung haben zwischenzeitlich Entscheidungen des Bundessozialgerichts zu den Grenzen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Hilfsmittelversorgung von pflegebedürftigen Versicherten in Heimen gebracht. In den Entscheidungen B 3 KR 24/99 R sowie B 3 KR 26/99 R vom 10. Februar 2000 hat das Bundessozialgericht festgestellt, dass die gesetzliche Krankenversicherung bei Pflegebedürftigen in Heimen Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen hat, die nicht der „Sphäre“ der vollstationären Pflege zuzurechnen sind. Das sind im Wesentlichen:

a) individuell angepasste Hilfsmittel, die ihrer Natur nach nur für den einzelnen Versicherten bestimmt und grundsätzlich nur für ihn verwendbar sind;

b) Hilfsmittel, die der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses (z. B. Kommunikation oder Mobilität) außerhalb des Pflegeheimes dienen.

Dabei geht das Bundessozialgericht davon aus, dass „die Sphäre“ des Heimes dann noch nicht verlassen ist, wenn es um gemeinsame Ausflüge der Heimbewohner oder um sonstige von der Heimleitung organisierte bzw. verantwortete Aktivitäten außerhalb des Heimes (z. B. gemeinsamer Stadtbummel) geht. Regelmäßige Aktivitäten des Pflegebedürftigen außerhalb des Heimes allein oder in Begleitung von Angehörigen, Freunden und Bekannten,

unabhängig vom Pflegepersonal, können hingegen nicht mehr der Sphäre des Heimes und seinem Verantwortungsbereich zugerechnet werden.

Es ist davon auszugehen, dass durch diese höchstrichterliche Rechtsprechung die Bemühungen der Selbstverwaltung um einen sachgerechten Abgrenzungskatalog der in die Leistungspflicht der Krankenkassen fallenden Hilfsmittel zu den zur Grundausstattung eines Pflegeheimes gehörenden Hilfsmitteln, erleichtert worden sind und die Probleme bei der Hilfsmittelversorgung stationär Pflegebedürftiger durch die Krankenkassen nicht mehr auftreten werden.

2.4 Medizinische Behandlungspflege im Heim

Im Rahmen des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22. Dezember 1999 (GKV-Gesundheitsreform 2000) wurde die Regelung über die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen bis zum 31. Dezember 2001 verlängert. Bis zu diesem Zeitpunkt hat also die Finanzierung weiterhin durch die Pflegekassen im Rahmen der leistungsrechtlichen Höchstbeträge zu erfolgen.

Diese Zuordnung der medizinischen Behandlungspflege zur Pflegeversicherung ist vielfach kritisiert worden. Die Koalitionsvereinbarung sieht vor, dass die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen durch die GKV angestrebt wird, denn aus sach- und ordnungspolitischen Gründen spricht vieles dafür, die Kostenverantwortung sowohl für die häusliche als auch für die stationäre Behandlungspflege bei ein und demselben Kostenträger anzubinden, und zwar bei der GKV. Allerdings konnte nicht unberücksichtigt bleiben, dass dieser mit der Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen erhebliche Mehrkosten auferlegt würden, die nur über eine Erhöhung des Beitragssatzes aufgefangen werden könnten. Die zu erwartenden finanziellen Auswirkungen wurden unterschiedlich hoch eingeschätzt. Der AOK-Bundesverband ging von einer Mehrbelastung der GKV in Höhe von rd. 3 Mrd. DM jährlich aus, andere Schätzungen dagegen von einem durchschnittlichen monatlichen Aufwand von rd. 220 DM pro pflegebedürftigen Heimbewohner. Dies ergäbe bei rd. 550 000 Pflegebedürftigen in Heimen (einschließlich Behinderteneinrichtungen) ein Kostenvolumen von rd. 1,5 Mrd. DM jährlich. Die Datenlage war hier also noch nicht ausreichend zuverlässig.

Für die Verlängerung der Übergangsregelung um weitere zwei Jahre sprachen folgende Gründe

– Die Datenbasis für eine endgültige Entscheidung über die Finanzierung der medizinischen Behandlungspflege in Heimen war noch nicht ausreichend zuverlässig. Die Zwischenzeit von zwei Jahren kann genutzt werden, eine verlässlichere Datenbasis zu erhalten.

– Der Pflegeversicherung wird für die Zwischenzeit kein zusätzliches Kostenrisiko aufgebürdet; sie leistet weiterhin die im Gesetz vorgesehenen gedeckelten leistungsrechtlichen Höchstbeträge.

– Die Qualität der Pflege und Betreuung in den stationären Pflegeeinrichtungen wird nicht nachteilig berührt. Die Pflegebedürftigen im Heim erhalten weiterhin die im Einzelfall notwendigen Leistungen. Den Heimträgern werden diese Leistungen vergütet, da die Aufwendungen für diese Leistungen wegen des Anspruchs des Heimträgers auf eine leistungsgerechte Vergütung im Rahmen des Pflegesatzes mit berücksichtigt werden müssen. Es kann also kein Heimträger den Vorwurf erheben, ihm fehlten Mittel zur Finanzierung notwendigen Personals, weil die behandlungspflegerischen Leistungen nicht durch die Krankenversicherung finanziert würden.

– Durch die Einbeziehung der medizinischen Behandlungspflege in den Leistungsrahmen der Pflegeversicherung bleibt weiterhin sichergestellt, dass ein größerer Teil der Pflegebedürftigen von diesen Kosten entlastet wird. Dies ist in allen Pflegeheimen mit niedrigen Pflegesätzen der Fall, also insbesondere in den Einrichtungen in den neuen Bundesländern.

3. Berücksichtigung im Rahmen des Einkommensteuergesetzes

Die Leistungen aus der Pflegeversicherung sind beim Pflegebedürftigen nach § 3 Nr. 1a Einkommensteuergesetz (EStG) steuerfrei.

Bei der steuerlichen Behandlung des vom Pflegebedürftigen weitergereichten Pflegegeldes hat sich keine Änderung ergeben. Insoweit wird auf die entsprechenden Ausführungen im Ersten Bericht verwiesen.

4. Berücksichtigung im Rahmen des Arbeitsförderungsrechts

4.1 Arbeitslosengeld

Die Pflege naher Angehöriger erfolgt in der Regel in Erfüllung einer sittlichen Pflicht im Rahmen familienhafter Beziehungen und nicht, um daraus Erwerbseinkommen zu erzielen. Die Weitergabe des Pflegegeldes hat deshalb regelmäßig keine Auswirkungen auf einen Arbeitslosengeldanspruch des Pflegenden.

Die Beteiligten können aber bestimmen, dass sie die Beziehung zwischen dem Pflegenden und der Pflegeperson als Erwerbsverhältnis, entweder in einem abhängigen Arbeits- und Beschäftigungsverhältnis oder in der Form als selbstständige Dienstleistung, ausgestalten. Das weitergegebene Pflegegeld ist dann in dieser Form die Vergütung für geleistete Pflegedienste. Das kann für die Beteiligten insoweit sinnvoll, sein, als dadurch Lücken in der Erwerbsbiografie geschlossen und ein neuer Sozialversicherungsanspruch als Pflegender erreicht werden soll.

In diesem Falle wirken sich die Pflegetätigkeit und die daraus erzielte Vergütung auf den Anspruch auf

Arbeitslosengeld in der gleichen Weise wie andere abhängige Beschäftigungen oder selbstständige Tätigkeiten aus:

a) Eine Erwerbstätigkeit von mindestens 15 Wochenstunden schließt Arbeitslosigkeit und damit den Bezug von Arbeitslosengeld aus.

b) Erreicht die Erwerbstätigkeit nicht den Umfang von 15 Wochenstunden, bleibt das daraus erzielte Nettoeinkommen anrechnungsfrei, soweit es einen Freibetrag von 20 v. H. des monatlichen Arbeitslosengeldes, mindestens aber 315 DM monatlich, nicht übersteigt; im Übrigen wird es auf die Entgeltersatzleistung angerechnet.

4.2 Arbeitslosenhilfe

Bei der Arbeitslosenhilfe besteht seit dem Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung die Sach- und Rechtslage unverändert fort, wonach nichtsteuerpflichtige Einnahmen einer Pflegeperson für Leistungen zur Grundpflege oder hauswirtschaftlichen Versorgung nicht als Einkommen berücksichtigt werden (§ 11 Satz 1 Nr. 7 der Arbeitslosenhilfe-Verordnung). Insoweit kann auf die Ausführungen hierzu im Ersten Bericht verwiesen werden.

5. Berücksichtigung im Rahmen des Wohngeldgesetzes

Im Berichtszeitraum hat es hier keine Veränderungen gegeben. Insoweit kann auf die Ausführungen im Ersten Bericht verwiesen werden. Anzumerken ist allerdings, dass mit Inkrafttreten des neuen Wohngeldgesetzes am 1. Januar 2001 bei der Ermittlung des wohngeldrelevanten Jahreseinkommens für Pflegehilfen, die keine Wohn- und Wirtschaftsgemeinschaften mit dem Pflegebedürftigen führen, nach § 10 Abs. 2 Nr. 12 Wohngeldgesetz (WoGG) nur noch die Hälfte des Pflegegeldes zum Jahreseinkommen gehört.

6. Berücksichtigung im Rahmen des Unterhaltes

Im Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung wurde ausgeführt, dass die Zivilgerichte bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen und Verpflichtungen einer nicht erwerbsmäßig tätigen Pflegeperson bei dieser das an sie weitergeleitete Pflegegeld mit einem so genannten Vergütungsanteil als eigenes Einkommen angerechnet haben. Die Höhe dieses Vergütungsanteiles wurde mit Werten von einem Drittel bis zu zwei Dritteln angesetzt. Es fehlte eine entsprechende Regelung über die unterhaltsrechtliche Anrechnungsfreiheit des weitergeleiteten Pflegegeldes.

Daher wurde mit dem 4. SGB XI-Änderungsgesetz zum 1. August 1999 eine Regelung in Kraft gesetzt (§ 13 Abs. 6 SGB XI), wonach das an eine Pflegeperson weitergeleitete Pflegegeld bei der Ermittlung von Unterhaltsansprüchen und -verpflichtungen dieser Pflegeperson grundsätzlich unberücksichtigt bleibt. Mit der neuen Regelung ist sichergestellt, dass das Pflegegeld nicht nur dem Pflegebedürftigen selbst (z. B. dem behinderten Kind als dem eigentlichen Anspruchsinhaber), sondern auch der Pflegeperson, die die häusliche Pflege übernommen hat und an die das Pflegegeld weitergereicht wird, möglichst ungeschmälert erhalten bleibt. Durch die gesetzliche Neuregelung ist insbesondere sichergestellt, dass z. B. einer Mutter nicht mehr der Unterhaltsanspruch gegenüber dem geschiedenen oder getrennt lebenden Ehemann gemindert wird, wenn sie für die Pflege des gemeinsamen behinderten Kindes Pflegegeld der Pflegeversicherung erhält. Es ist gerechtfertigt, dass die Mutter des pflegebedürftigen Kindes nicht nur den normalen Unterhalt, sondern zusätzlich auch das Pflegegeld erhält, ebenso wie alle anderen Pflegepersonen das Pflegegeld als Anerkennung für die Pflegetätigkeit ungeschmälert erhalten können.

Die bisherige Anrechnung des Pflegegeldes auf den Unterhaltsanspruch der Mutter führte zu ungerechtfertigten Entlastungen des Unterhaltspflichtigen: Während der Unterhaltspflichtige z. B. für die Erziehung eines gesunden fünfjährigen Kindes (also für eine Erziehungstätigkeit, bei der noch keine Erwerbsobliegenheit der Mutter besteht) für die Mutter den vollen Ehegattenunterhalt nach den üblichen Regeln aufbringen muss, konnte der Vater eines pflegebedürftigen Kindes seine Unterhaltszahlungen an die Mutter, die die besonderen Belastungen der Pflege hat, reduzieren.

XIV. Auswirkungen der Pflegeversicherung auf Empfänger von Leistungen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz und nach dem Lastenausgleichsgesetz

1. Kriegsopferfürsorge

Die Leistungen des sozialen Entschädigungsrechts, deren Bestandteil auch die Kriegsopferfürsorge ist, sind innerhalb des Systems der Sozialleistungen durch eine Sonderstellung gekennzeichnet. Die Leistungen sind nicht primär auf die Behebung einer sozialen Notlage – wie bei der Sozialhilfe – ausgerichtet, sondern dienen der Entschädigung, dem angemessenen Ausgleich und der Abgeltung der (auch immateriellen) Nachteile nach einem schädigenden Ereignis.

Die Leistungen nach dem SGB XI sind gegenüber den gleichartigen Leistungen der Kriegsopferfürsorge (KOF) vorrangig. Da sie der Höhe nach begrenzt sind, bleiben darüber hinausgehende bedarfsdeckende Ansprüche in der KOF unberührt. In der KOF gelten die Grundsätze des Bedarfsdeckungsprinzips und des Individualisierungsangebots trotz vorrangiger Leistungsansprüche nach SGB XI unverändert fort.

Die Begriffsbestimmung der Pflegebedürftigkeit ist im Rahmen der KOF und dem SGB XI identisch. Darüber hinaus definiert das Bundesversorgungsgesetz (BVG) auch Kranke und Behinderte als pflegebedürftig, die voraussichtlich weniger als sechs Monate der Hilfe be-

dürfen, einen geringeren Hilfebedarf als in erheblichem oder höherem Maße haben oder die der Hilfe für andere Verrichtungen bedürfen. Für diesen Personenkreis werden keine Leistungen nach dem SGB XI erbracht. Um auch für nicht genannte Krankheiten oder Behinderungen Leistungen in der KOF erbringen zu können, wurde mit § 26 c Abs. 1 BVG die Möglichkeit eröffnet, alle denkbaren medizinischen Anknüpfungspunkte für eine Pflegebedürftigkeit zu erfassen.

Um den gesetzlichen Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ zu verwirklichen, sind für 1998 in der KOF Mittel für die Hilfe zur beruflichen Rehabilitation, Eingliederungshilfe und Krankenhilfe i. H. von 315,2 Mio. DM (1997: 310,7 Mio. DM) bereitgestellt worden. Allen Hilfen ist gemeinsam, dass durch sie eine drohende Behinderung verhütet, eine vorhandene Behinderung gemildert oder ihre Folgen positiv beeinflusst werden sollen bzw. die Heilung, Besserung oder Linderung der Krankheiten und ihrer Folgen zum Ziel haben.

2. Lastenausgleichsgesetz

Auch gegenüber den Pflegeleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz, die ausschließlich als Zusatzleistung zu einer gewährten Kriegsschadenrente in Betracht kommen, sind sämtliche nach den Vorschriften des SGB XI gewährten Pflegeleistungen vorrangig. Durch die seit Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes am 1. Januar 1995 bestehende Pflegeversicherungspflicht für alle im Bundesgebiet lebenden Empfänger von Kriegsschadenrente wurde das Pflegefallrisiko auf die Pflegekassen übertragen; die Pflegeleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz wurden insoweit durch die Pflegeleistungen des SGB XI ersetzt. Folglich können entsprechende Pflegeleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz nicht mehr neu bewilligt werden, es sei denn, es handelt sich um Berechtigte mit ständigem Aufenthalt im Ausland, die nicht der Versicherungspflicht der deutschen Pflegeversicherung unterliegen.

Weil bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Lastenausgleichsgesetzes in der Vergangenheit weniger enge Maßstäbe angelegt wurden als für die Beurteilung einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI, werden nicht allen nach lastenausgleichsrechtlichen Bestimmungen als pflegebedürftig anerkannten Empfängern von Kriegsschadenrente Pflegeversicherungsleistungen gewährt. Diese Personen erhalten als Besitzstand deshalb weiterhin Pflegeleistungen nach dem Lastenausgleichsgesetz.

XV. Anpassung der beihilferechtlichen Vorschriften an die Pflegeversicherung

1. Ambulante Pflege

Die Anpassung der Beihilferegelungen des Bundes an die Pflegeversicherung für den ambulanten Bereich ist im Ersten Bericht unter Abschnitt XVII ausführlich dargestellt worden. Nachzutragen ist, dass alle Bundesländer die Umsetzung in jeweiliges Landesbeihilferecht zeitnah gestaltet haben.

2. Stationäre Pflege

Auch die Anpassung der Beihilferegelungen des Bundes an die Pflegeversicherung für den stationären Bereich wurde im ersten Bericht unter Abschnitt XVII ausführlich geschildert. Die Bundesländer haben in diesem Bereich ebenfalls eine zeitnahe Regelungsänderung vorgenommen.

Nach anfänglichen Schwierigkeiten hat sich bei ambulanter und stationärer Pflege das Abrechnungsverfahren eingespielt. Einschränkend wird allerdings von einigen Ländern berichtet, dass im Vergleich zur früheren, weniger differenzierenden Regelung der Verwaltungsaufwand gestiegen sei.

3. Problemfälle in der Beihilfe

3.1 Rangverhältnis zur Kriegsopferfürsorge (§ 26c BVG)

Das Rangverhältnis der Beihilfeleistungen zur Kriegsopferversorgung hat in der Praxis zu Problemen geführt. § 26c BVG enthält eine ausdrückliche Regelung des Vorrangs der Beihilfeleistungen lediglich für die Leistungen der häuslichen Pflege, eine Bestimmung zur Rangfolge bei der teil- und vollstationären Hilfe zur Pflege und der Kurzzeitpflege enthält er dagegen nicht.

Einigkeit besteht bei den Leistungsträgern der Kriegsopferfürsorge und den Beihilfestellen dementsprechend darin, dass Beihilfen in den Fällen der häuslichen Pflege den Pflegeversicherungsleistungen gleichstehen und damit den Leistungen der Hilfe zur Pflege im Rahmen der Kriegsopferfürsorge vorgehen. Bei teil- und vollstationärer Pflege und der Kurzzeitpflege sind beide Seiten unterschiedlicher Rechtsauffassung. Nach Meinung der für das Beihilferecht verantwortlichen Stellen ist in diesen Fällen die Kriegsopferfürsorge gemäß dem Grundsatz des Nachrangs von Beihilfeansprüchen (§ 5 Abs. 3 BhV und vergleichbares Landesbeihilferecht) vorrangig zur Leistung verpflichtet. Diese Auffassung ist nach Länderansicht auch durch höchstrichterliche Rechtsprechung bestätigt.

Es bedarf daher einer gesetzlichen Klarstellung in § 26c BVG im Sinne der Regelung des § 13 SGB XI, um den Beihilfenachrang einheitlich und für das Beihilferecht der Länder und des Bundes verbindlich auch im Bereich stationärer Pflege aufzuheben und damit Rechtssicherheit für alle Beteiligte zu schaffen.

3.2 Begrenzung der Pflegeleistung

Im Beihilferecht des Bundes sind für Fälle der vollstationären Pflege die pflegebedingten Aufwendungen, die Aufwendungen der medizinischen Behandlungspflege und der sozialen Betreuung – ebenso wie im SGB XI – auf monatlich 2 000 DM bei Pflegestufe I, 2 500 DM bei Pflegestufe II, 2 800 DM bei Pflegestufe III sowie 3 300 DM bei besonderen Härtefällen der Pflegestufe III begrenzt, also nur bis zu dieser Höhe beihilfefähig, auch über den 31. Dezember 1999 hinaus.

Vonseiten der Betroffenen wird gelegentlich vorgetragen, dass ihre pflegebedingten Aufwendungen höher lägen als die im Beihilferecht normierten Pauschalen. Sie fordern deshalb unter Fürsorgegesichtspunkten höhere Beihilfen. Die geschilderte Lage ist aber nicht beamtentypisch, sondern ein Problem aller Pflegefälle. Allenfalls durch Reaktion des Gesetzgebers könnte diese Situation entschärft werden.

Mit der Einführung des § 43a SGB XI wurde eine Parallelregelung im Beihilferecht des Bundes, die des § 9 Abs. 9 BhV, geschaffen. Als Folge dieser gesetzlichen Klarstellung sowie Abgrenzung der vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe von Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI sind im Rahmen der Beihilfebearbeitung Fälle erkannt worden, die bis dahin unzutreffend wie vollstationäre Pflegefälle in Pflegeheimen oder Anstalten abgewickelt wurden. Seitdem besteht mehr Rechtssicherheit, trotz der Kritik Betroffener an der Begrenzung der Beihilfefähigkeit auf monatlich höchstens 500 DM.

3.3 Übergangsregelung

Die in Angleichung an das SGB XI erfolgte Neuregelung im Beihilferecht für den Bereich der stationären Pflege führte überwiegend zu einer Verschlechterung des bisherigen Beihilferechts. Bis dahin wurden der gesamte notwendige Pflegeaufwand sowie auch notwendige Unterkunfts- und Verpflegungskosten beihilferechtlich anerkannt. Zur Abmilderung der Folgen hatten der Bund und die Mehrzahl der Länder für Altfälle (bereits vor dem 30. Juni 1996 bestehende dauernde stationäre Pflegebedürftigkeit) eine besitzstandswahrende Übergangsregelung getroffen (beim Bund und einigen Ländern mit 5 Jahren Gültigkeit, bei anderen Ländern mit ein bis drei Jahren). Länder ohne Übergangsregelung hatten gewisse Probleme.

Im Bundesbereich mehren sich zwar vor dem Hintergrund des Auslaufens der Regelung zum 30. Juni 2001 besorgte Anfragen Betroffener, eine Verlängerung ist aber nicht beabsichtigt.

XVI. Demographische Entwicklung

Bezüglich der Grundaussagen zur demographischen Entwicklung wird auf den Ersten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung verwiesen.

Gegenüber den damaligen Annahmen gehen jüngste Bevölkerungsvorausschätzungen von einer noch höheren Lebenserwartung der Menschen in der Zukunft aus. Die neunte koordinierte Bevölkerungsschätzung des Statistischen Bundesamtes rechnet mit einer um 4 Jahre höheren Lebenserwartung von Neugeborenen im Jahr 2050. Die verbleibende Lebenserwartung eines 60-jährigen Mannes liegt schon heute bei 18,9 Jahren, die einer gleichaltrigen Frau sogar bei 23,2 Jahren (Sterbetafel 1996/1998). Auch sie wird sich bis 2050 nochmals um etwa 3,5 Jahre verlängern.

Entsprechend der längeren Lebenserwartung steigt die Zahl der älteren Menschen absolut und in Verbindung mit einer abnehmenden Zahl von Geburten auch ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung. Bis zum Jahr 2010 steigt die Zahl der über 60-Jährigen von derzeit 18,9 Mio. um 1,8 Mio. auf 20,7 Mio. Menschen; bis 2030 um weitere 5,8 Mio. auf 26,5 Mio. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung steigt von derzeit 22,5 v. H. über 25,4 v. H. im Jahr 2010 auf 34,0 v. H. im Jahr 2030.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit stark an. Derzeit sind von der Bevölkerung unter 60 Jahren nur 0,5 v. H. pflegebedürftig, von den 60 bis 80-jährigen rd. 4 v. H., aber von den über 80-jährigen schon rd. 32 v. H. Deshalb wird der starke Anstieg der Zahl der älteren Menschen auch zu einer deutlichen Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen führen. Bis zum Jahr 2010 werden zu den gegenwärtig rd. 1,93 Mio. Pflegebedürftigen noch bis zu 400 000 Menschen hinzukommen; davon jeweils etwa die Hälfte im ambulanten und stationären Bereich.

XVII. Langfristige Beitragssatz- und Ausgabenentwicklung

Aufgrund der eben geschilderten demographischen Entwicklung wird sich der deutliche Anstieg der Anzahl der Pflegebedürftigen auch in den nächsten Jahrzehnten weiter fortsetzen und zu einem entsprechenden Anstieg der Leistungsausgaben der Pflegeversicherung führen. Bei unveränderten Leistungsbeträgen kann der zu erwartende Ausgabenanstieg allerdings durch steigende Beitragseinnahmen infolge der jährlichen Lohnerhöhungen aufgefangen werden. Vor diesem Hintergrund ist – nach derzeitiger Einschätzung – davon auszugehen, dass sich ab der zweiten Hälfte dieses Jahrzehnts Spielräume ergeben, um unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität Leistungen anzuheben.

Das Recht der Pflegeversicherung kennt keine automatische Anpassung bzw. Dynamisierung der Leistungssätze. Gleichwohl wird eine öffentliche Diskussion über die langfristigen finanziellen Auswirkungen von Leistungsverbesserungen anhand einer allgemeinen Dynamisierung der Leistungssätze geführt.

Modellrechnungen vonseiten der Wissenschaft (u. a. für die Enquête-Kommission demographischer Wandel), die eine jährliche Anhebung aller Leistungsbeträge in Höhe des Anstiegs der Bruttolöhne und -gehälter unterstellen, kommen zu allmählich steigenden Beitragssätzen, die im Jahr 2030 3 bis 3,5 v. H. erreichen. Eine jährliche Anhebung aller Leistungsbeträge in Höhe der allgemeinen Inflationsrate (Annahme 1,5 v. H.) würde im Jahr 2030 rechnerisch zu einem Beitragssatz von 2,1 bis 2,2 v. H. führen.

Regelmäßige automatische und pauschale Leistungsanhebungen würden allerdings der Situation in der Pflegeversicherung und der pflegerischen Versorgung kaum gerecht. Bei Entscheidungen über Leistungsanhebungen sind daher die tatsächlichen Entwicklungen in der ambulanten und stationären Pflege zu berücksichtigen.

D. Altenpflegeausbildung und Ausbildungsvergütung

I. Derzeitige Ausbildungsstrukturen

Die Ausbildung in der Altenpflege beruht bisher auf landesrechtlichen Regelungen. Sie ist durch sehr unterschiedliche Ausbildungsstrukturen und Qualifikationsanforderungen gekennzeichnet. Dies gilt für die Zugangsvoraussetzungen, die Dauer der Ausbildung, die Gewährung von Ausbildungsvergütung, die Anteile von Theorie und Praxis, die Ausbildungsinhalte und die Prüfungsanforderungen. Der Ausbildungsberuf der Altenpflegerin und des Altenpflegers hat aus diesem Grunde keine klaren Konturen erhalten. Auch wenn hohe Professionalität und besondere Leistungs- und Einsatzbereitschaft den Aufgabenbereich bestimmen, findet der Beruf nicht die adäquate gesellschaftliche Anerkennung.

II. Gesetz über die Berufe in der Altenpflege (Altenpflegegesetz)

Die Bundesregierung hat auf den dringenden Handlungsbedarf, eine bundeseinheitliche Ausbildung zu schaffen, reagiert. Sie legte gleich zu Beginn dieser Legislaturperiode einen Gesetzentwurf über die Berufe in der Altenpflege (Bundestagsdrucksache 14 /1578) vor. Ziel ist es, bundesweit ein hohes Niveau der Ausbildung sicherzustellen, das Berufsbild der Altenpflegerin und des Altenpflegers attraktiver zu gestalten und dem Beruf insgesamt ein eindeutiges Profil zu geben.

Das Gesetzgebungsverfahren konnte mittlerweile erfolgreich abgeschlossen werden. Der Deutsche Bundestag hat das Gesetz in der Fassung des Änderungsantrages der Koalitionsfraktionen am 6. Juli 2000 beschlossen (vgl. Bundestagsdrucksache 14/3736). Der Bundesrat stimmte am 29. September 2000 mehrheitlich zu (Bundesratsdrucksache 514/00 – Beschluss). Damit ist nach über zehnjähriger Diskussion ein wichtiger Fortschritt in der Seniorenpolitik für den Bund und die Länder erzielt worden.

Mit dem neuen Gesetz, dessen wesentliche Inhalte zum 1. August 2001 in Kraft treten, werden die Weichen dafür gestellt, dass auch in Zukunft eine ausreichende Anzahl ausgebildeter Fachkräfte in der Altenpflege zur Verfügung steht. Das Gesetz schafft die Voraussetzungen für die längst überfällige Modernisierung des Ausbildungsberufes der Altenpflegerin/des Altenpflegers. Es stärkt den Berufsstand und ist ein unverzichtbarer Beitrag zur Sicherung der Qualität der Pflege alter Menschen. Nicht zuletzt öffnet es den Weg für die politisch langfristig angestrebte Weiterentwicklung der Pflegeberufe.

Neu geregelt werden die Ausbildung und die Berufszulassung für die Berufe „Altenpflegerin“, „Altenpfleger“, „Altenpflegehelferin“ und „Altenpflegehelfer“. Die Ausbildung in der Altenpflege wird zukünftig drei Jahre dauern. Eine Erstausbildung ist grundsätzlich möglich. Es besteht ein Anspruch auf Ausbildungsvergütung. Die Berufsbezeichnungen werden geschützt. Für die Ausbildung in der Altenpflege gelten bundesweit einheitliche Ziele. Dabei wird den medizinisch-pflegerischen Aufgaben unter Berücksichtigung der Entwicklungen in der Pflegepraxis eine stärkere Bedeutung zukommen. Der theoretische Unterricht und die praktische Ausbildung werden – bei einem Überwiegen des Anteils der praktischen Ausbildung – bundeseinheitlich gewichtet. Einzelheiten, insbesondere die konkreten Ausbildungsinhalte und das Nähere über die Prüfung, sind in einer Rechtsverordnung gesondert zu regeln. Darüber hinaus werden Rahmenbedingungen für die Ausbildung in der Altenpflegehilfe festgelegt.

Das Altenpflegegesetz orientiert sich am Krankenpflegegesetz. Die parallelen Strukturen von Krankenpflege- und Altenpflegeausbildung sind Voraussetzung einer Gleichwertigkeit der Berufe und damit zugleich eine geeignete Grundlage für die langfristig angestrebte Weiterentwicklung der Ausbildung in den Pflegeberufen. Im Altenpflegegesetz und im Krankenpflegegesetz sind Klauseln enthalten, die es Schulen und Praxis ermöglichen, von bestimmten gesetzlichen Regelungen abzuweichen, um gemeinsame Ausbildungskonzepte zu erproben.

III. Finanzierung der Ausbildungsvergütung in der Altenpflege

Die Finanzierung der Altenpflegeausbildung ist derzeit entsprechend den verschiedenen Ausbildungsformen in den Ländern unterschiedlich geregelt. Besteht ein Anspruch auf Ausbildungsvergütung, sind die Kosten gemäß § 82a SGB XI in der Vergütung der allgemeinen Pflegeleistungen berücksichtigungsfähig. Rechtlich umstritten ist derzeit das in einigen Ländern bestehende Umlageverfahren zur Finanzierung der Ausbildungsvergütung. Mehrere Gerichte haben die Frage der Verfassungsmäßigkeit der entsprechenden Bestimmungen dem Bundesverfassungsgericht zur Entscheidung vorgelegt. Das Ergebnis bleibt abzuwarten.

Soweit Ausbildungen in der Altenpflege im Rahmen von Umschulungsmaßnahmen durchgeführt werden, erhalten die Auszubildenden Unterhaltsgeld nach dem Dritten Buch Sozialgesetzbuch (SGB III). In den Ländern, in denen ein Anspruch auf Ausbildungsvergütung besteht, gilt überwiegend der Vorrang des Unterhaltsgeldes vor der Ausbildungsvergütung.

Nach dem Altenpflegegesetz des Bundes[38] muss der Träger der praktischen Ausbildung eine Ausbildungsvergütung zahlen. Er kann die entsprechenden Kosten in den Entgelten für seine Leistungen berücksichtigen. Soweit es sich dabei um eine Einrichtung nach dem SGB XI handelt, sind die Kosten auch zukünftig gemäß § 82a SGB XI in den Pflegesätzen berücksichtigungsfähig. Darüber hinaus können die Länder ein Umlageverfahren zur Finanzierung der Ausbildungsvergütung einführen, das jedoch aus verfassungsrechtlichen Gründen an enge Voraussetzungen gebunden ist. So kann ein Ausgleichsverfahren nur vorgesehen werden, wenn es erforderlich ist, um einen Mangel an Ausbildungsplätzen zu verhindern oder zu beseitigen. Das Altenpflegegesetz regelt darüber hinaus, dass bei Umschulungsmaßnahmen der Vorrang des Unterhaltsgeldes nach dem SGB III vor der Ausbildungsvergütung besteht.

[38] siehe hierzu auch die Ausführungen unter B.III.5.

E. Forschungsprojekt „Auswirkungen der Pflegeversicherung“

Das früher für die Pflegeversicherung zuständige BMA hat im Jahr 1997 zur Verbesserung der Datenlage über die Pflege ein Forschungsprojekt zum Thema „Auswirkungen der Pflegeversicherung“ an die Institute I+G Gesundheitsforschung und Infratest Burke Sozialforschung, München, vergeben, das vom nunmehr zuständigen BMG im Dezember 1999 abgenommen wurde. Die Studie ist im Rahmen der Forschungsberichte des BMG unter dem Titel „Wirkungen der Pflegeversicherung“ veröffentlicht worden (Band 127 der Schriftenreihe des BMG). Zur Aufgabenstellung, Durchführung und den Ergebnissen der Studie im Einzelnen:

1. Projektbeschreibung

Ziel der Untersuchung war, die empirisch messbaren Wirkungen der Pflegeversicherung darzustellen. Analysiert werden sollte u. a., inwieweit häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn durch die Pflegeversicherung abgestützt und gefördert wird, in welchem Umfang die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit verringert wird und ob die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Pflegeinfrastruktur erreicht ist.

2. Durchführung/Methodik

Die Untersuchung stützt sich auf drei im Jahre 1998 unabhängig voneinander durchgeführte Repräsentativbefragungen bei privaten Pflegehaushalten, ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie auf eine im Jahr 1999 ergänzend durchgeführte Erhebung bei einer Unterauswahl der befragten stationären Pflegeeinrichtungen. Die Erhebung bei – netto 1 426 – privaten Pflegediensten und bei 469 stationären Pflegeeinrichtungen erfolgte als schriftliche Befragung bei den Einrichtungsleitungen. Ergänzend wurde eine Untersuchung zum „Pflege- und Betreuungsaufwand in stationären Pflegeeinrichtungen“ für insgesamt 1 804 Bewohner und Bewohnerinnen von stationären Pflegeeinrichtungen vorgenommen. Die Ergebnisse der Erhebungen wurden – soweit möglich – mit denen der von Infratest im Vorfeld der Einführung der Pflegeversicherung durchgeführten Studien in privaten Haushalten (1991) und in stationären Einrichtungen (1994) abgeglichen.

3. Ergebnisse und Schlussfolgerungen

3.1 Häusliche Pflege

Die Studie zeigt, dass die Pflegeversicherung in Privathaushalten einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung der Versorgungssituation leistet. Die Leistungsbezieher sind mehrheitlich mit der Art und der gewährten Höhe der Hilfen zufrieden oder sogar sehr zufrieden. Sofern Probleme artikuliert werden, dann vorrangig von solchen Haushalten, in denen Pflegebedürftige mit psychischen Störungen betreut werden. Eine rein finanziell verursachte Sozialhilfeabhängigkeit ist bei einer Pflege im häuslichen familiären Bereich seit Einführung der Pflegeversicherung weitgehend auszuschließen. Eine weitere Mobilisierung von familiären Pflegepotenzialen erscheint in Anbetracht des bisher und auch bereits vor Einführung der Pflegeversicherung gewährten Umfangs an privaten Hilfeleistungen kaum noch möglich. Nötig ist allerdings eine Entlastung der Angehörigen insbesondere im Falle der Betreuung von psychisch veränderten Pflegebedürftigen, um die vorhandene Pflegebereitschaft auch längerfristig aufrechterhalten zu können. Da für die Zukunft rein demographisch bedingt von einem Rückgang der privaten Pflegepotenziale auszugehen ist, kann mittelfristig kein Weg daran vorbeigehen, die Qualität und Akzeptanz von professionellen ambulanten Dienstleistungen systematisch und kontinuierlich weiter zu fördern. Hierzu ist vor allem eine umfassende Beratung der betroffenen Haushalte unabdingbar. Darüber hinaus ist zu prüfen, inwieweit die im Leistungskatalog der Pflegeversicherung vorgesehenen Maßnahmen auch individuell den Bedürfnissen der Pflegehaushalte entsprechend weiter ausgestaltet bzw. noch besser mit den sonstigen Leistungen im Bereich der medizinisch-rehabilitativen und psychosozialen Versorgung vernetzt werden können.

3.2 Ambulante Leistungsanbieter

Bei den ambulanten Pflegediensten hat sich die Pflegeversicherung hinsichtlich der Aspekte Aufbau einer angemessenen Versorgungsstruktur und Zunahme der Beschäftigten positiv ausgewirkt. Die Qualität der gegebenen Leistungen wird von den Pflegebedürftigen selber in der überwiegenden Mehrheit sehr positiv bewertet. Dem steht allerdings eine kritische Beurteilung der Pflegeversicherung durch die ambulanten Pflegeeinrichtungen gegenüber, die insbesondere den Umfang der vorgesehenen Pflegesachleistungen und die Vergütungen als unzureichend einstufen. Unabhängig von der kritischen Beurteilung der Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die wirtschaftliche Situation plant etwa ein Drittel der befragten Einrichtungen, in den nächsten drei Jahren eine Erweiterung der Pflegekapazitäten vorzunehmen.

3.3 Stationäre Pflege

In den stationären Pflegeeinrichtungen hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung die Alters- und Geschlechtsstruktur der Bewohner, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer und die Zahl der Struktur der Beschäftigten kaum verändert. Die derzeitigen Kapazitäten können quantitativ als bedarfsgerecht beurteilt werden. Der Anteil der Bewohner, die auf Leistungen der Sozialhilfe angewiesen sind, hat sich reduziert; der Rückgang liegt aber unterhalb der Erwartungen. Aus Sicht der Einrichtungen wird insbesondere die Personalsituation als unbefriedigend eingeschätzt. Ein rein rechnerischer Abgleich von fest angestelltem Personal und Umfang der standardmäßig zu gewährenden Pflege- und Betreuungsleistungen bestätigt, dass mit den im Rahmen der Normalarbeitszeit verfügbaren Kapazitäten in der Regel nur das notwendige Maß an grund- und behandlungspflegerischen Leistungen erbracht werden kann, sodass für eigenständige Maßnahmen der sozialen Betreuung häufig kaum Zeit verbleibt.

4. Kompatibilität der Ergebnisse der Infratest-Studie mit der Versichertenbefragung der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) 1999 „Qualität in der häuslichen Pflege“

Eine länderübergreifend angelegte Studie der DAK bestätigt die Feststellung von Infratest, dass die weitaus überwiegende Zahl der Pflegebedürftigen mit der Arbeit der Pflegedienste zufrieden sind.

Grundlage der Studie ist eine telefonische Befragung von ca. 800 Pflegebedürftigen (Bezieher von Sachleistungen) in den Bundesländern Hamburg, Hessen, Sachsen-Anhalt und in Teilen von Nordrhein-Westfalen, die im Juni 1999 durch das Hamburger Sozialforschungsinstitut gdp im Auftrag der DAK durchgeführt wurde. In einigen Fällen erfolgte die Beantwortung durch Angehörige (25 v. H.), Freunde und Bekannte (2 v. H.) oder Mitarbeiter des Pflegedienstes (2 v. H.).

Die Studie kommt im Einzelnen zu folgenden Ergebnissen:

- Mit den Leistungen der Pflegeversicherung im Allgemeinen sind 87 v. H. der Pflegebedürftigen zufrieden, sie gaben an, dass die Pflegeversicherung eine Hilfe für sie sei.

  Die Zufriedenheit mit der Pflegeversicherung und ihren Leistungen nimmt bei den jüngeren Pflegebedürftigen deutlich ab (69 v. H.).
- 60 v. H. der Pflegebedürftigen sind mit ihrer Einstufung zufrieden; 34 v. H. der Pflegebedürftigen sind damit unzufrieden; in der Pflegestufe I beträgt der Anteil der Unzufriedenen 42 v. H.
- 72 v. H. der Pflegebedürftigen gaben an, dass sie auf keine Hilfe verzichten müssen. Dagegen gaben 24 v. H. an, sie müssten auf dringend erforderliche Hilfen verzichten.

  Danach befragt, auf welche Hilfen verzichtet werden müsse, standen Leistungen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung im Vordergrund.
- Weitere Leistungen (über das Leistungspaket der Pflegeversicherung hinaus) kaufen sich 29 v. H. der Pflegebedürftigen hinzu (in Städten und Metropolen mehr als in ländlichen Gebieten oder Gemeinden).
- Die Bindung der Pflegebedürftigen an ihren Pflegedienst ist überaus stabil. 70 v. H. der Befragten gaben an, den Pflegedienst seit über einem Jahr zu beanspruchen; sogar 81 v. H. hatten bisher keinen Wechsel vorgenommen.
- 72 v. H. der Befragten zeigten sich mit ihrem Pflegedienst zufrieden, was am ehesten mit dem qualifizierten oder verständnisvollen Personal begründet wurde. Zuverlässigkeit spielte hier ebenfalls eine große Rolle.
- Lediglich 14 v. H. der Pflegebedürftigen hatten schon einmal Reklamationen oder Beschwerden vorgebracht. Die Quote steigt je geringer das Alter des Pflegebedürftigen ist, und mit höherem Bildungsabschluss.

5. Kompatibilität der Ergebnisse der Infratest-Studie mit der Zwischenbilanz eines Forschungsprojekts zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Bereich der häuslichen Pflege der Arbeitsstelle Rehabilitations- und Präventionsforschung an der Universität Hamburg

Die Ergebnisse der Infratest-Studie zur häuslichen Pflege decken sich auch weitgehend mit den bisher

vorliegenden Zwischenergebnissen eines Forschungsprojektes der Universität Hamburg zu den Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Bereich der häuslichen Pflege, das von der Volkswagen-Stiftung finanziert wird.

Das Forschungsprojekt läuft seit 1996. Im Vordergrund des Forschungsinteresses steht nicht so sehr eine Bilanzierung von Erfolg oder Misserfolg der Pflegeversicherung, sondern die Frage, inwieweit sich durch die Pflegeversicherung mittel- und langfristig die Einstellungen und Verhaltensweisen der Menschen zur häuslichen Pflege verändert.

Bisher wurden im Rahmen dieses Forschungsprojektes drei empirische Erhebungen in Privathaushalten durchgeführt und zwar sowohl im Querschnittsdesign als auch im Paneldesign. Das heißt es gab eine Erhebung 1996, eine zweite Erhebung 1997 und zusätzlich eine zweite Befragung im Jahr 1997 bei den Haushalten, die bereits an der Erhebung 1996 teilgenommen und sich zu einer Zweitbefragung bereiterklärt hatten. Befragt wurde bundesweit mit Hilfe eines schriftlichen Fragebogens, der sich an die Pflegebedürftigen und/oder Pflegepersonen richtete. Berücksichtigt wurden nur Leistungsempfänger der Pflegeversicherung, die mindestens 30 Jahre alt waren. An der Stichprobenziehung beteiligt waren vier Krankenkassen: die AOK, die DAK, die BEK und der Verband der Privatversicherer, über den sich zehn private Versicherungen beteiligt haben. Die Rücklaufquoten betrugen bei der Erstbefragung 1996 33 v. H. und bei der zweiten Befragung 1997 27 v. H., sodass insgesamt Daten von über 5 000 Pflegehaushalten vorliegen. An der Panelbefragung haben sich 61 v. H. beteiligt (hierbei ist die hohe Sterblichkeitsrate zu beachten). Die Daten können nach Angaben der Universität Hamburg als repräsentativ angesehen werden, da es hinsichtlich Alter, Geschlecht, Pflegestufe, Haushaltsgröße oder Einkommen keine wesentlichen Unterschiede zu den offiziellen Statistiken bzw. anderen repräsentativen Erhebungen gibt.

Das Forschungsprojekt hat bisher im Wesentlichen zu folgenden Ergebnissen geführt:

- Die Pflegeversicherung trifft auf große Akzeptanz und hat zu einer Stabilisierung der häuslichen Pflegesituation in den meisten Fällen geführt. Für rd. 55 v. H. der befragten Pflegehaushalte ist sie besser geworden.
- Die große Mehrheit der ambulant Pflegebedürftigen äußert sich eher positiv hinsichtlich der Arbeit und des Verhaltens von Pflegediensten. In Großstädten (Einwohnerzahl über 250 000) fällt die Beurteilung der Pflegedienste etwas schlechter aus. Dennoch überwiegt auch hier das positive Gesamturteil.
- Das Verfahren der Begutachtung durch den MDK findet breite Zustimmung. Rund drei Viertel (je nach Befragungszeitpunkt zwischen 76,8 und 71,7 v. H.) sind mit dem Verfahren, so wie es ist, einverstanden.
- Etwa 40 v. H. der Pflegehaushalte wünschen sich höhere Leistungen der Pflegeversicherung. 59 v. H., die zusätzliche Leistungen der Pflegeversicherung für notwendig erachten, wünschen sich mehr Geld. Liegt Pflegestufe I vor, gibt es überdurchschnittlich viele Forderungen nach Pflegegeld, während bei Pflegestufe III mehr Forderungen nach zusätzlichen Pflegedienstleistungen gestellt werden.
- Die Pflegeversicherung hat aus Sicht der Pflegehaushalte zu Entlastungseffekten und die Qualität fördernden Effekten bei der Pflegebedürftigkeit geführt, allerdings ist kein durchgreifender Effekt bei der Entlastung der Pflegepersonen eingetreten.
- Die Pflegeversicherung hat nicht dazu geführt, dass in verstärktem Maße ehrenamtliche Personen für die Pflege gewonnen werden. Dafür reichen die Leistungen der Versicherung offenbar nicht aus. In diesem Zusammenhang lässt sich auch kein Trend dahin gehend feststellen, dass mehr Berufstätige wieder Pflegeleistungen übernehmen.
- Die Zielsetzung der Pflegeversicherung, dass Pflegebedürftige möglichst ihr Leben in vertrauter Umgebung weiterführen können, entspricht den Vorstellungen der Pflegebedürftigen. Fast 90 v. H. der Befragten haben angegeben, dass es für sie ein sehr wichtiger Grund für die häusliche Pflege war, sich ein Weiterleben in vertrauter Umgebung zu ermöglichen und die eigene Wohnung der „Wunschort“ sei.

6. Kompatibilität der Ergebnisse der Infratest-Studie mit einer wissenschaftlichen Untersuchung der „unterschiedlichen Vergütungssystematiken in der ambulanten Pflege in Hessen“ im Jahr 1999

Im Rahmen der Untersuchung, die im Auftrag des Hessischen Sozialministeriums, der Kommunalen Spitzenverbände in Hessen, der Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen sowie dem Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und sozialer Dienste e. V. von der HLT Gesellschaft für Forschung Planung Entwicklung mbH, Wiesbaden, auf der Grundlage von Befragungen und Beobachtungen zwischen Mai und Oktober 1999 durchgeführt wurde, lässt sich aus den Antworten der u. a. befragten Pflegebedürftigen und Angehörigen generell eine hohe Akzeptanz und Zufriedenheit mit der Arbeit der Pflegekräfte und den Leistungen des jeweiligen Pflegedienstes entnehmen. Lediglich in Bezug auf die psycho-soziale Betreuung bzw. die Zeit, die sich die Pflegekräfte für Gespräche nehmen, lässt sich eine Konzentration kritischer Stimmen bei den befragten Pflegebedürftigen und Angehörigen erkennen.

F. Ausschuss für Fragen der Pflegeversicherung (Bundes-Pflegeausschuss)

Der Ausschuss nach § 10 SGB XI, dessen Aufgabenstellung und Zusammensetzung im Berichtszeitraum keine Änderung erfahren haben, hat im Berichtszeitraum zweimal – am 22. Januar 1998 und 15. Juni 1999 – in Bonn getagt. Auf der Tagesordnung standen jeweils Berichte und Einführungsstatements des für die Pflegeversicherung zuständigen BMA bzw. BMG sowie der teilnehmenden Verbände und Institutionen zur aktuellen Situation der Pflegeversicherung, über die Erfahrungen aus der Umsetzung des SGB XI und zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Hieran schloss sich jeweils eine intensive Diskussion aller angesprochenen Themen und Probleme durch die Mitglieder des Ausschusses an.

Anlagen 1 bis 12

Anlage 1

Zahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende nach Pflegestufen

a) absolut

Jahr	ambulant				stationär [1]				insgesamt			
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	zusammen	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	zusammen	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	zusammen
1995	.	.	.	1 061 418	–	–	–	–	.	.	.	1 061 418
1996	508 462	507 329	146 393	1 162 184	111 856	162 818	109 888	384 562	620 318	670 147	256 281	1 546 746
1997	568 768	486 338	142 997	1 198 103	159 467	189 862	113 278	462 607	728 235	676 200	256 275	1 660 710
1998	616 506	471 906	138 303	1 226 715	187 850	210 525	113 028	511 403	804 356	682 431	251 331	1 738 118
1999	668 314	472 189	139 876	1 280 379	203 950	226 657	115 376	545 983	872 264	698 846	255 252	1 826 362

b) in v. H.

Jahr	ambulant				stationär [1]				insgesamt			
	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	zusammen	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	zusammen	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	zusammen
1995	.	.	.	100,0	–	–	–	–	.	.	.	100,0
1996	43,8	43,7	12,6	100,0	29,1	42,3	28,6	100,0	40,1	43,3	16,6	100,0
1997	47,5	40,6	11,9	100,0	34,5	41,0	24,5	100,0	43,9	40,7	15,4	100,0
1998	50,3	38,5	11,3	100,0	36,7	41,2	22,1	100,0	46,3	39,3	14,5	100,0
1999	52,2	36,9	10,9	100,0	37,4	41,5	21,1	100,0	47,8	38,3	14,0	100,0

[1] Stationäre Leistungen erst ab 1. Juli 1996 eingeführt.
Quelle: PV-Statistik (PG 2).

Anlage 2

Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung im Jahresdurchschnitt nach Leistungsarten (errechnet aus Leistungstagen)[1) 2)]

a) absolut

Jahr	Leistungsart								
	Pflegegeld	Pflegesach-leistung	Kombina-tionsleistung	Urlaubs-pflege	Tages- und Nachtpflege	Kurzzeit-pflege	Vollstationäre Pflege	Vollstationäre Pflege in Be-hindertenheimen	insgesamt
1995	887 403	82 790	82 293	10 783	1 777	3 649	–	–	1 068 695
1996[2)]	943 878	105 879	135 305	6 805	3 639	5 731	355 142	5 711	1 562 088
1997	971 939	119 428	157 543	3 716	5 065	5 633	425 682	38 408	1 727 414
1998	962 669	133 895	171 764	4 070	6 774	6 199	452 750	56 543	1 794 664
1999	982 877	152 648	192 556	5 716	8 673	7 146	485 014	53 875	1 888 505

b) in v. H.

Jahr	Leistungsart								
	Pflegegeld	Pflegesach-leistung	Kombina-tionsleistung	Urlaubs-pflege	Tages- und Nachtpflege	Kurzzeit-pflege	Vollstationäre Pflege	Vollstationäre Pflege in Be-hindertenheimen	insgesamt
1995	83,0	7,7	7,7	1,0	0,2	0,3	–	–	100,0
1996[3)]	60,4	6,8	8,7	0,4	0,2	0,4	22,7	0,4	100,0
1997	56,3	6,9	9,1	0,2	0,3	0,3	24,6	2,2	100,0
1998	53,6	7,5	9,6	0,2	0,4	0,3	25,2	3,2	100,0
1999	52,0	8,1	10,2	0,3	0,5	0,4	25,7	2,9	100,0

1) Abweichungen in den Summen durch Rundungen.
2) Einschließlich Mehrfachzählungen durch den gleichzeitigen Bezug mehrerer Leistungen.
3) 2. Halbjahr wegen Beginn der stationären Leistungen ab 1. Juli 1996.
Quelle: PV-Statistik (PG 1).

Anlage 3

Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung
Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung[1)]

Bezeichnung	1995	1996	1997	1998	1999
	in Mrd. DM	in Mrd. DM	in Mrd. DM	in Mrd. DM	in Mrd. DM
Einnahmen					
Beitragseinnahmen	16,26	23,27	30,84	30,90	31,54
davon					
1 Beiträge an Pflegekassen	13,40	19,25	25,55	25,50	26,06
2 Beiträge an den Ausgleichsfonds	2,85	4,02	5,30	5,39	5,48
Sonstige Einnahmen	0,18	0,27	0,33	0,40	0,38
Einnahmen insgesamt	**16,44**	**23,55**	**31,18**	**31,30**	**31,92**
Ausgaben					
Leistungsausgaben	8,64	20,05	28,05	29,47	30,41
davon					
1 Geldleistung	5,94	8,68	8,45	8,38	8,29
2 Pflegesachleistung	1,35	3,02	3,47	3,89	4,17
3 Pflegeurlaub	0,26	0,26	0,10	0,11	0,14
4 Tages-/Nachtpflege	0,02	0,05	0,07	0,09	0,10
5 Kurzzeitpflege	0,09	0,17	0,19	0,21	0,24
6 Soziale Sicherung der Pflegepersonen	0,60	1,81	2,32	2,26	2,21
7 Pflegemittel/techn. Hilfen etc.	0,38	0,77	0,65	0,73	0,83
8 Vollstationäre Pflege	0,00	5,27	12,54	13,37	14,04
9 Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	0,00	0,01	0,26	0,43	0,39
Hälfte der Kosten des Medizinischen Dienstes	0,44	0,47	0,45	0,47	0,46
Verwaltungsausgaben[2)]	0,62	0,71	1,08	1,09	1,08
Sonstige Ausgaben	0,01	0,01	0,02	0,03	0,02
Ausgaben insgesamt	**9,72**	**21,24**	**29,61**	**31,05**	**31,98**
Liquidität					
Überschuss der Einnahmen	**6,72**	**2,30**	**1,57**	**0,25**	
Überschuss der Ausgaben					**0,06**
./. Investitionsdarlehen an den Bund	**1,10**	–	–	–	**–**
Mittelbestand am Jahresende	**5,62**	**7,92**	**9,50**	**9,75**	**9,68**
in Monatsausgaben lt. Haushaltsplänen der Kassen	**3,93**	**2,96**	**3,77**	**3,68**	**3,61**

1) Abweichungen in den Summen durch Rundungen.
2) 1995 einschließlich Vorlaufkostenerstattung an die Krankenkassen.

Anlage 4

Pflegesätze* und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung* in den Bundesländern im Vergleich 1998/1999*****

	Zahl der Pflegeheime		Pflegeklasse I		Pflegeklasse II		Pflegeklasse III		Unterkunft und Verpflegung	
alte Bundesländer	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999	1998	1999
Baden-Württemberg	940	1 058	2 311 DM	2 343 DM	2 901 DM	2 938 DM	3 694 DM	3 739 DM	969 DM	997 DM
Bayern	1 182	1 328	3 332 DM	2 284 DM	3 919 DM	2 945 DM	4 314 DM	3 380 DM	–	914 DM
Berlin – Gruppenpfl.sätze	202	200	2 096 DM	2 130 DM	3 028 DM	3 075 DM	3 694 DM	3 751 DM	856 DM	867 DM
Berlin – 8. Kapitel	74	69	3 763 DM	3 672 DM	4 705 DM	4 650 DM	5 398 DM	5 338 DM	970 DM	963 DM
Bremen	64	73	1 872 DM	1 987 DM	3 238 DM	3 169 DM	3 907 DM	3 976 DM	1 368 DM	1 217 DM
Hamburg	149	154	1 951 DM	2 178 DM	2 766 DM	3 086 DM	3 947 DM	4 096 DM	1 285 DM	1 239 DM
Hessen	558	555	2 108 DM	2 147 DM	2 937 DM	2 995 DM	3 768 DM	3 843 DM	965 DM	975 DM
Niedersachsen	1 097	1 116	1 877 DM	2 004 DM	2 443 DM	2 616 DM	3 369 DM	3 424 DM	1 009 DM	965 DM
Nordrhein	905	873	2 008 DM	2 069 DM	2 859 DM	2 790 DM	4 015 DM	4 063 DM	1 354 DM	1 365 DM
Rheinland-Pfalz	358	386	2 152 DM	2 042 DM	2 752 DM	2 657 DM	3 778 DM	3 678 DM	1 070 DM	1 061 DM
Saarland	109	112	1 862 DM	1 880 DM	2 592 DM	2 616 DM	3 509 DM	3 544 DM	1 029 DM	1 044 DM
Schleswig-Holstein	532	606	1 957 DM	1 960 DM	2 528 DM	2 518 DM	3 523 DM	3 152 DM	958 DM	1 027 DM
Westfalen-Lippe	734	771	1 999 DM	2 065 DM	2 803 DM	2 883 DM	4 167 DM	4 274 DM	1 338 DM	1 375 DM
Durchschnitt alte Bundesländer			2 018 DM	2 091 DM	2 804 DM	2 857 DM	3 761 DM	3 743 DM	1 109 DM	1 087 DM
neue Bundesländer										
Brandenburg	212	220	1 827 DM	1 897 DM	2 271 DM	2 359 DM	3 195 DM	3 386 DM	827 DM	864 DM
Mecklenburg-Vorpommern	185	180	1 825 DM	1 877 DM	2 129 DM	2 387 DM	2 981 DM	3 253 DM	791 DM	836 DM
Sachsen	373	384	1 719 DM	1 807 DM	2 199 DM	2 314 DM	3 005 DM	3 183 DM	806 DM	809 DM
Sachsen-Anhalt	240	246	1 476 DM	1 693 DM	2 235 DM	2 391 DM	2 685 DM	2 884 DM	726 DM	833 DM
Thüringen	188	191	1 557 DM	1 535 DM	2 143 DM	2 139 DM	2 892 DM	2 894 DM	939 DM	943 DM
Durchschnitt neue Bundesländer			1 681 DM	1 762 DM	2 196 DM	2 318 DM	2 952 DM	3 120 DM	818 DM	857 DM
vollstat. Pflegeeinrichtungen										
insgesamt	8 102	8 522								

* jeweils zum 31.Dezember des Jahres, auf Monatsbasis, ungewichtet und ohne Anspruch auf Vollständigkeit.
** Die Durchschnittsangaben für das Jahr 1998 berücksichtigen nicht die Werte aus Bayern und Berlin – 8. Kapitel.
*** Die Durchschnittsangaben für das Jahr 1999 berücksichtigen nicht die Werte aus Berlin – 8. Kapitel.
Quelle: VdAK, Siegburg; eigene Zusammenstellung.

Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Baden-Württemberg Stundensatz für Grundpflege: 51,00 DM; für hauswirtschaftl.: 45,00 DM; für Hilfen: 35,00 DM; für Zivildienstleist.: 18,00 DM gesonderte Vergütungsvereinbarung für den Ländlichen Sozialdienst der Bauernverbände Stundensatz: 46,90 DM private Pflegedienste bieten z. T. um 10 bis 20 % billiger an	1. Große Toilette: Pflegefachkraft 38,25 DM; ergänzende Hilfen 26,25 DM 2. Kleine Toilette: Pflegefachkraft 25,50 DM; ergänzende Hilfen 17,50 DM 3. Vollbad: Pflegefachkraft 38,25 DM; ergänzende Hilfen 26,25 DM 4. Hilfen bei Ausscheidungen: Fachkraft 17,00 DM; Hilfen 11,65 DM 5. Lagern: Fachkraft 8,50 DM; Hilfen 5,85 DM 6. Mobilisation: Fachkraft 8,50 DM; Hilfen 5,85 DM 7. Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Fachkraft 8,50 DM; Hilfen 5,85 DM 8. Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufn.: Fachkraft 29,75 DM; Hilfen 20,40 DM 9. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (keine Spaziergänge, keine kulturellen Veranstaltungen): Fachkraft 51,00 DM; Hilfen 20,40 DM 10. Zubereitung einer einfachen Mahlzeit: Fachkraft 18,75 DM; Hilfen 14,60 DM 11. Essen auf Rädern, stationärer Mittagstisch: Entgelt 4,00 DM 12. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Fachkraft 37,50 DM; Hilfen 29,15 DM 13. Großer Einkauf: Fachkraft 45,00 DM; Hilfen 29,15 DM 14. Kleiner Einkauf: Fachkraft 15,00 DM; Hilfen 11,65 DM 15. Waschen der Wäsche und Kleidung: Fachkraft 33,75 DM; Hilfen 26,25 DM 16. Bügeln: Fachkraft 22,50 DM; Hilfen 17,50 DM 17. Vollständiges Ab- und Beziehen eines Bettes: Fachkraft 7,50 DM; Hilfen 5,85 DM 18. Reinigung der Wohnung (Grundreinigung): Fachkraft 135,00 DM; Hilfen 105,00 DM 19. Reinigung der Wohnung (Unterhaltsreinigung): Fachkraft 22,50 DM; Hilfen 17,50 DM 20. Beheizen: Fachkraft 11,25 DM; Hilfen 8,75 DM Wegegebühren: pauschal monatlich in Pflegestufe I 60,00 DM; in II und III 180,00 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Bayern Punktwert: 0,0735 DM alternativ für Härtefälle und in der Pflegestufe III: Stundensatz 41,00 DM oder 0,683 DM je Pflegeminute in LK 1–7, Zivi 18,00 DM für Pflegedienste in Wohnheimen gilt ein Punktwert von 0,06 DM nicht organisierte: zwischen 0,065 DM und 0,0723 DM	1. Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 350; Vergütung 25,73 DM 2a. Zuschlag bei Ganzkörperwäsche: Punktzahl 150; Vergütung 11,03 DM 2b. Ganzkörperwäsche: Punktzahl 250; Vergütung 18,38 DM 3. Lagern/Mobilisierung: Punktzahl 100; Vergütung 7,35 DM 4. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 18,38 DM 5. Hilfe bei der Darm- Blasenentleerung: Punktzahl 70; Vergütung 5,15 DM 6. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 5,15 DM 7. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 44,10 DM; 1 mal die Woche 8. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 6,62 DM 9. Kleine hauswirtschaftl. Versorgung: Punktzahl 50; Vergütung 3,68 DM 10. Große hauswirtschaftl. Versorgung: Punktzahl 250; Vergütung 18,38 DM 11. Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 300; Vergütung 22,05 DM 12. Einkaufen: Punktzahl 150; Vergütung 11,03 DM 13. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 19,84 DM pro Tag 14. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 90; Vergütung 6,62 DM; 2 mal pro Tag 15. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 400; Vergütung 29,40 DM 16. Erstbesuch: Punktzahl 400; Vergütung 29,40 DM Wegegeld: pro Einsatz 6,00 DM am Tag und 8,80 DM in der Nacht bei gleichzeitiger Erbringung von KV-Leistungen wird halbes Wegegeld gezahlt; bei Leistungserbringung von zwei Personen (LK 1-3 und 5) 1,5 fache Gebühr
Punktwert liegt zwischen 0,069 DM und 0,073 DM	**Leistungskomplexsystem für den Berufsverband für freie Pflegekräfte e. V.** 1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl: 250; Preis (Basis: 0,073): 18,25 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl: 200; Preis: 14,60 DM 3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl: 450; Preis: 32,85 DM 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl: 400; Preis: 29,20 DM 5. Lagern/Betten: Punktzahl: 100; Preis: 7,30 DM 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl: 250; Preis: 18,25 DM 7. Sondenkost: Nicht besetzt 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl: 100; Preis: 7,30 DM 9. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl: 70; Preis: 5,11 DM 10. Begleitung bei Aktivitäten, bei denen das persönliche Erscheinen erforderlich und ein Hausbesuch nicht möglich ist: Punktzahl: 600; Preis: 43,80 DM; 3 mal im Monat 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl: 90; Preis: 6,57 DM 12. Reinigung der Wohnung: Punktzahl: 90; Preis: 6,57 DM; pro Tag 13. Wechseln der Wäsche und Kleidung: Punktzahl: 360; Preis: 26,28 DM; je Woche 14. Einkaufen: Punktzahl: 150; Preis: 10,95 DM; 2 mal die Woche 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl: 270; Preis: 19,71 DM; (nicht bei Essen auf Rädern) 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl: 60; Preis: 4,38 DM; 2 mal (bei Essen auf Rädern 3 mal) täglich 17. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl: 400; Preis: 29,20 DM 18. Erstbesuch: Punktzahl: 400; Preis: 29,20 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Berlin Den vereinbarten Punktzahlen liegt ein durchschnittl. Zeitaufwand zugrunde. Grundpflege: Faktor 10; hauswirtschaftl.: Faktor 6 Punktwert: 0,076 DM	1. Erweiterte kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 300; Vergütung 22,80 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 15,20 DM 3. Erweiterte große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450, 600 (mit Baden); Vergütung 34,20 DM, 45,60 DM (mit Baden) 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 30,40 DM 5. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 7,60 DM 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 19,00 DM 7a. Darm- und Blasenentleerung (nur in Kombination mit anderen Leistungskomplexen): Punktzahl 80; Vergütung 6,08 DM 7b. Darm- und Blasenentleerung (nicht abrechenbar im Zsh. mit den Leistungskomplexen 1 bis 4): Punktzahl 200; Vergütung 15,20 DM 8. Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung (nur im Zsh. mit anderen Leistungskomplexen): Punktzahl 70; Vergütung 5,32 DM 9. Begleitung außer Haus: Punktzahl 600; Vergütung 45,60 DM; i. d. R. 3 mal monatl. 10. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 120; Vergütung 9,12 DM 11a. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 6,84 DM; täglich 11b. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 270; Vergütung 20,52 DM; 2 mal wöchentl. 12. Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 480; Vergütung 36,48 DM 13. Einkaufen: Punktzahl 240; Vergütung 18,25 DM; 2 mal wöchentl. 14. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 20,52 DM 15. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 90; Vergütung 6,84 DM 16. Erstbesuch: Punktzahl 600; Vergütung 45,60 DM 17. Hausbesuchspauschale: Vergütung 5,00 DM ggf. mehrmals täglich 18. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Stufe I & II: 30,00 DM; Stufe III: 50,00 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Brandenburg Punktwert nach Schiedsstellen-entscheid für Pflegeleistung: 0,065 DM; für hauswirtschaftl.: 0,062 DM	1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 13,00 DM 2. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 26,00 DM 3. Lagern/Betten: Punktzahl 150; Vergütung 9,75 DM 4. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 16,25 DM 5. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 50; Vergütung 3,25 DM 6. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100; Vergütung 6,50 DM 7. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 4,55 DM 8. Begleitung der Aktivitäten, bei denen das persönliche Erscheinen erforderlich und ein Hausbesuch nicht möglich ist: Punktzahl 600; Vergütung 39,00 DM; maximal 4 mal pro Monat 9. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 120; Vergütung 7,44 DM; max. 1 mal täglich 10. Reinigung der Wohnung: Punktzahl 480; Vergütung 29,76 DM; max. 2 mal wöchentl. 11. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 480; Preis 29,76 DM; max. 1 mal wöchentl. 12. Einkaufen: Punktzahl 240; Vergütung 14,88 DM; max. 2 mal wöchentl. 13. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 240; Vergütung 14,88 DM 14. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 80; Vergütung 4,96 DM; max. 2, bei Essen auf Rädern max. 3 mal täglich 15. Pflegeeinsatz nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Stufe I & II: 30;00 DM; Stufe III: 50,00 DM 16. Erstbesuch: Vergütung 45,00 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Bremen Punktwert: 0,069 DM bei Neuzulassungen zwischen 0,064 DM und 0,067 DM für Pflegedienste im ISB-Bereich: 35,00 DM pro Stunde	1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250; Vergütung 17,25 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 13,80 DM; ohne Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes 3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450; Vergütung 31,05 DM 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 27,60 DM; ohne Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes 5. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM 6. Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung: Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM 7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 17,25 DM 8. Sondenkost bei implantierter Magensonde: Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM 9. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM 10. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 4,83 DM 11. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 41,40 DM; (keine Spaziergänge, kulturellen Veranstaltungen) 12. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 6,21 DM 13. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 6,21 DM; 1 mal täglich 14. Wechseln/Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 50; Vergütung 3,45 DM 15. Einkaufen: Punktzahl 50; Vergütung 3,45 DM; 1mal täglich; 6 Tage in der Woche 16. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 18,63 DM 17. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60; Vergütung 4,14 DM; 2 mal (bei Essen auf Rädern 3 mal) täglich 18. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 400; Vergütung 27,60 DM 19. Erstbesuch: Punktzahl 600; Vergütung 41,40 DM 19a. Folgebesuch nach Krankenhausaufenthalt bzw. Höherstufung: Punktzahl 300; Vergütung 20,70 DM 20. Wegepauschale: Punktzahl 50; Vergütung 3,45 DM; max. 3 mal täglich

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Hamburg Punktwert liegt zwischen 0,061 DM und 0,07 DM; für Zivildienst-leist.: 0,028 DM Wenn der Einsatz einer zweiten Pflegekraft notwedig ist, kann der erbrachte Leistungskomplex doppelt abgerechnet werden.	1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250; Vergütung (Basis 7,0 Pf.) 17,50 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 14,00 DM; ohne Hilfe beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes 3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450; Vergütung 31,50 DM 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 28,00 DM 5. Lagern/Betten/Bewegungsübung: Punktzahl 100; Vergütung 7,00 DM 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 17,50 DM 7. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 200; Vergütung 14,00 DM 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100; Vergütung 7,00 DM 9. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 100; Vergütung 7,00 DM 10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 42,00 DM 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 100; Vergütung 7,00 DM 12. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 100; Vergütung 7,00 DM 13. Wechseln der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 400; Vergütung 28,00 DM; 1 mal wöchentl., 1 mal täglich bei Verwirrtheit in Verbindung mit Harn-/Stuhlinkontinenz 13a. Wechseln der Wäsche: Punktzahl 60; Vergütung 4,20 DM; (alleiniges Wechseln) 14. Einkaufen: Punktzahl 150; Vergütung 10,50 DM; i. d. R: 2 höchstens 3 mal wöchentl. 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 18,90 DM; 1 mal täglich 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60; Vergütung 4,20 DM 17. Erstbesuch: Punktzahl 700; Vergütung 49,00 DM 18. Wegepauschale: 4,00 DM je Hausbesuch (nicht bei Seniorenanlagen) 19. Zuschläge Wochenende/Feiertage: 10 % 20. Bericht gem. § 12 Rahmenvertrag: Punktzahl 150; Vergütung 10,50 DM; schriftl. Bericht incl. Porto (nur auf Anforderung der Kasse im Einvernehmen des Pflegebed.) 21. Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Stufe I & II: 30 DM; Stufe III: 50,00 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Hessen Regionale Vergütungsverhandlungen, in denen die Punktwerte die Verhandlungsmasse darstellen. Punktwert liegt zwischen 0,078 DM und 0,0825 DM Pflegedienste, die besondere Personengruppen pflegen (z. B. Behinderte oder psychisch Kranke) können eine Stundenvergütung beantragen. Stundensatz für hauswirtschaftl. Versorgung: zwischen 28 DM und 30 DM	1. Kleine Körperpflege: Punktzahl 290; einzelne Verrichtungen sind abwählbar 2. Große Körperpflege: Punktzahl 450; einzelne Verrichtungen sind abwählbar 3. Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit: Punktzahl 100 4. Einfache Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidungen: Punktzahl 50 5. Erweiterte Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidungen: Punktzahl 100 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Zwischenmahlzeit): Punktzahl 100 7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Hauptmahlzeit): Punktzahl 250 8. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 100 9. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; (keine Spaziergänge, kulturellen Veranst.) 10. Hauswirtschaftl. Versorgung: 50 Punkte entsprechen 5 Minuten 11. Erstgespräch durch eine Pflegefachkraft: Punktzahl 600 12. Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Stufe I & II: 30,00 DM; Stufe III: 50,00 DM 13. Hausbesuchspauschale: a) Hausbesuchspauschale – Besuche zwischen 6.00 Uhr und 20.00 Uhr: 6,00 DM b) erhöhte Hausbesuchspauschale – Besuche zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzl. Feiertagen: 12,00 DM c) halbe Hausbesuchspauschale – Besuche zwischen 6.00 Uhr und 20.00 Uhr bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V: 3,00 DM d) halbe erhöhte Hausbesuchspauschale – Besuche zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzl. Feiertagen bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V: 6,00 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Mecklenburg-Vorpommern Punktwert für organisierte Einrichtungen: 0,064 DM, für nicht organisierte: 0,06 DM Schiedsstellenentscheidung vom 29. September 1997 Punktwertkorridor von 0,064 DM bis 0,069 DM Wenn der Einsatz einer zweiten Pflegekraft notwendig ist, kann der Leistungskomplex doppelt abgerechnet werden	**Leistungskomplexe 1995** 1a. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250; Vergütung (Basis: 6,4 Pf.) 16,00 DM 1b. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 12,80 DM; ohne Hilfestellung beim Verlassen des Bettes 1c. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 140; Vergütung 8,96 DM; nur Teilwaschen und An-/Auskleiden 2a. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450; Vergütung 28,80 DM 2b. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 25,60 DM; ohne Hilfestellung beim Verlassen des Bettes 2c. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 300; Vergütung 19,20 DM; nur Waschen/Baden und An-/Auskleiden 3a. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 6,40 DM 3b. Lagern/Betten: Punktzahl 130; Vergütung 8,32 DM; incl. Bettwäschewechsel 4. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 16,00 DM 5. (nicht besetzt) 6. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 150; Vergütung 9,60 DM 7. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 4,48 DM 8. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600 (jeweils 3 mal pro Monat) oder 1 mal im Monat 1 800 Punkte; Vergütung 38,40 DM (115,20 DM) 9. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 180; Vergütung 11,52 DM (1 mal täglich) 10. Reinigung der Wohnung: Punktzahl 120; Vergütung 7,68 DM (1 mal täglich) 11. Wechseln der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360; Vergütung 23,04 DM; (1 mal in der Woche) 12. Einkaufen: Punktzahl 150 für 2 mal wöchentl., 900 für 1 mal monatl., höchstens 1 200 für den Gesamtmonat; Vergütung 9,60 DM (19,20 DM; 76,80 DM) 13. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; 1 mal täglich (nicht bei Essen auf Rädern); Vergütung 17,28 DM 14. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60; Vergütung 3,84 DM; 2 mal (bei Essen auf Rädern) 3 mal täglich 15. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Stufe I & II: 30 DM; Stufe III: 50,00 DM 16. Erstbesuch oder Wechsel der Pflegestufe: Punktzahl 450; Vergütung 28,80 DM 17. Mitteilung an die Pflegekassen: Punktzahl 50; Vergütung 3,20 DM a) Mitteilung nach § 3 des Rahmenvertrages (Pflegehilfsmittel); b) Mitteilung nach § 10 des Rahmenvertrages (Mitteilungspflicht); c) Bericht nach § 23 des Rahmenvertrages (Änderung der bisher gewährten Versorgungsleistungen erscheint notwendig) 18. Wegepauschale: Punktzahl 80; Vergütung 5,12 DM; 1 mal täglich 19. Zuschläge: abrechenbar für Dienste zwischen 20.00 bis 6.00 Uhr, an Sonn- und Feiertagen, samstags ab 14.00 Uhr; Punktzahl 30; Vergütung 1,92 DM; einmal pro Leistungskomplex

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	Leistungskomplexe
Mecklenburg-Vorpommern	**Leistungskomplexe 1997** 1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 12,80 DM 2. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 25,60 DM 3. Teilkörperwaschen: Punktzahl 140; Vergütung 8,96 DM 4. Ganzkörperpflege: Punktzahl 300; Vergütung 19,20 DM 5. Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes: Punktzahl 50; Vergütung 3,20 DM 6. Lagern/Betten/Mobilisieren: Punktzahl 100; Vergütung 6,40 DM 7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 16,00 DM 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 50; Vergütung 3,20 DM 9. Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 4,48 DM 10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600 (3 mal im Monat) oder 1 mal im Monat 1 800 Punkte; Vergütung 38,40 DM (115,20 DM) 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90 (i. d. R. 2mal täglich); Vergütung 5,76 DM 12. Reinigung im unmittelbaren Wohnbereich der Wohnung: Punktzahl 150 (i. d. R. 4 mal wöchentlich); Vergütung 9,60 DM 13. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360 (i. d. R. 1 mal wöchentlich); Vergütung 23,04 DM 14. Einkaufen: Punktzahl 150 für 2 mal wöchentlich, 900 für 1 mal monatl., höchstens 1 200 für den Gesamtmonat; Vergütung 9,60 DM (19,20 DM; 76,80 DM) 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; 1 mal täglich (nicht bei Essen auf Rädern); Vergütung 17,28 DM 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60; 2 mal (bei Essen auf Rädern 3 mal) täglich; Vergütung 3,84 DM 17. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Stufe I & II: 30,00 DM; Stufe III: 50,00 DM 18. Erstbesuch oder Wechsel der Pflegestufe: Punktzahl 450; Vergütung 28,80 DM 19. Mitteilung an die Pflegekassen: Punktzahl 50; Vergütung 3,20 DM a) Mitteilung nach § 3 des Rahmenvertrages (Pflegehilfsmittel); b) Mitteilung nach § 10 des Rahmenvertrages (Mitteilungspflicht); c) Bericht nach § 23 des Rahmenvertrages (Änderung der bisher gewährten Versorgungsleistungen erscheint notwendig) 20. Einsatzpauschale: 3,60 DM je Hausbesuch 21. Zuschläge für Dienste zwischen 20.00 Uhr bis 6.00 Uhr, an Sonn- und Feiertagen sowie samstags ab 14.00 Uhr; Punktzahl 30; Vergütung 1,92 DM je Leistungskomplex

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Niedersachsen Punktwert für die Sozialstationen: zwischen 0,072 DM und 0,076 DM je nach Landkreis in einigen Landkreisen abweichende Punktwerte für hauswirtschaftliche Versorgung Wenn der Einsatz einer zweiten Pflegekraft notwendig ist, kann der Leistungskomplex zu je 80 % abrechnet werden	**Leistungskomplexe für Sozialstationen** 1 Erstgespräch durch eine Pflegekraft: Punktzahl 600 2. Kleine Pflege: Punktzahl 250 3. Große Pflege: Punktzahl 400 4. Große erweiterte Pflege: Punktzahl 500; (incl. Vollbad) 5. Hilfe bei Ausscheidungen: Punktzahl 150; (nicht abrechenbar mit Komplexen 2, 3, 4, 6) 6. Betten und Lagern: Punktzahl 100 7. Hilfen im Bereich der Mobilität: Punktzahl 150; (nicht abrechenbar mit Komplexen 2, 3, 4 oder 6) 8. Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 100 9. Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 300 10. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 100 11. Begleitung außerhalb der Wohnung: Punktzahl 600 12. Aufräumen der Wohnung: Punktzahl 100 13. Reinigung der Wohnung: Punktzahl 300; i. d. R. wöchentl. 14. Einfache Mahlzeitzubereitung (auch Essen auf Rädern): Punktzahl 150 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 400 16. Zwischenmahlzeit: Punktzahl 100 17. Einkaufen: Punktzahl 250 18. Wäschepflege und Ausbesserung: Punktzahl 450 19. Bügeln: Punktzahl 300 20. Vollständiges Bett ab- und beziehen: Punktzahl 100 21. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 150 22. Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 500 23. Hausbesuchspauschale: a) Hausbesuchspauschale – Besuche zwischen 6.00 Uhr und 20.00 Uhr 6,50 DM b) Hausbesuchspauschale – Besuche zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr, Samstagen, Sonn- und Feiertagen 13,00 DM lediglich halbe Hausbesuchspauschale bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V
Punktwert für private Anbieter zwischen 0,062 DM und 0,072 DM	**Leistungskomplexe für private Anbieter** 1. Kleine Pflege mit Bettverlassen: Punktzahl 250 2. Kleine Pflege: Punktzahl 200 3. Große Pflege mit Bettverlassen: Punktzahl 450 4. Große Pflege: Punktzahl 400 5. Lagern/Betten: Punktzahl 100 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250 7. Sondenkost bei implantierter Magensonde: Punktzahl 50 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100 9. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70 10. Begleitung außerhalb der Wohnung: Punktzahl 600 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90 12. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90 13. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360 14. Einkaufen: Punktzahl 150 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern); Punktzahl 270 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit: Punktzahl 60 17. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 400 18. Erstbesuch: Punktzahl 400

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	Leistungskomplexe
Nordrhein-Westfalen Punktwert für die Mitglieder der Freien Wohlfahrtspflege: 0,078 DM nach Schiedsspruch; sonstige Pflegedienste liegen zwischen 0,065 DM und 0,071 DM	1. Ganzwaschung: Punktzahl 410; Vergütung (7,8 Pf) 31,98 DM 2. Teilwaschung: Punktzahl 220; Vergütung 17,16 DM 3. Ausscheidungen: Punktzahl 100; Vergütung 7,80 DM 4. Selbstständige Nahrungsaufnahme: Punktzahl 100; Vergütung 7,80 DM 5. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 19,50 DM 6. Sondenernährung bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 100; Vergütung 7,80 DM 7. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 7,80 DM 8. Mobilisation: Punktzahl 180; Vergütung 14,04 DM; Mindesteinsatzdauer 15 Min.; nur als selbständige Leistung abrechenbar 9. Behördengänge und Arztbesuche: Punktzahl 360; Vergütung 28,08 DM 10. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 60; Vergütung 4,68 DM 11. Einkaufen: Punktzahl 150; Vergütung 11,70 DM; bis zu 2 mal wöchentl. 12. Zubereiten von warmen Speisen: Punktzahl 150; Vergütung 11,70 DM 13. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 540; Vergütung 42,12 DM; (Abrufempfehlung alle 2 Wochen) 14. Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360; Vergütung 28,08 DM; (Abrufempfehlung 1 mal wöchentl.) 15. Hausbesuchspauschale: Vergütung 3;00 DM; bis zu 2 mal täglich 15a. Erhöhte Hausbesuchspauschale: Vergütung 8,00 DM; (ausschließlich bei Abruf der Komplexe 3, 4, 6, 7, 8, 10 oder 12); max. 1 mal täglich 16. Erstgespräch: Punktzahl 500; Vergütung 39,00 DM 17. Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 500; Vergütung 39,00 DM **Verbundene Leistungskomplexe** 18. Große Grundpflege mit Lagern/Betten und selbstständiger Nahrungsaufnahme (1, 3, 4, 7): Punktzahl 610; Vergütung 47,58 DM 19. Große Grundpflege (1, 3): Punktzahl 450; Vergütung 35,10 DM 20. Kleine Grundpflege mit Lagern/Betten und selbständiger Nahrungsaufnahme (2, 3, 4, 7): Punktzahl 450; Vergütung 35,10 DM 21. Kleine Grundpflege (2, 3): Punktzahl 290; Vergütung 22,62 DM 22. Große hauswirtschaftl. Versorgung (13, 14): Punktzahl 760; Vergütung 59,28 DM 23. Große Grundpflege mit Lagern/Betten (1, 3, 7): Punktzahl 520; Vergütung 40,56 DM 24. Große Grundpflege mit Lagern/Betten und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (1, 3, 5, 7): Punktzahl 740; Vergütung 57,72 DM 25. Kleine Grundpflege mit Lagern/Betten (2, 3, 7): Punktzahl 350; Vergütung 27,30 DM 26. Kleine Grundpflege mit Lagern/Betten und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (2, 3, 5, 7): Punktzahl 580; Vergütung 45,24 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	Leistungskomplexe
Rheinland-Pfalz Punktwert: 0,075 DM; für hauswirtschaftl.: 0,0467 DM Pflegedienst Medi-Care: 0,05 DM Kirchlich Sozialstation Idar-Oberstein: nur LK 1: 18,75 DM LK 2: 26,25 DM Für das Jahr steigen die vereinbarten Preise um 4,306 % zur Refinanzierung der Ausbildungsvergütung	1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250; Vergütung 18,75 DM 2. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 350; Vergütung 26,25 DM 3. Große Morgen-/Abendtoilette (mit Vollbad): Punktzahl 450; Vergütung 33,75 DM 4. Vollbad: Punktzahl 300; Vergütung 22,50 DM 5. Hilfen bei Ausscheidungen: Punktzahl 100; Vergütung 7,50 DM 6. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 7,50 DM 7. Mobilisation: Punktzahl 150; Vergütung 11,65 DM 8. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 18,75 DM 9. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 50; Vergütung 3,75 DM 10. Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 100; Vergütung 4,65 DM 11. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 28,00 DM 12. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 100; Vergütung 4,65 DM 13. Vollständiges Ab- und Beziehen eines Bettes: Punktzahl 100; Vergütung 4,65 DM 14. Reinigung der Wohnung (Grundreinigung): Punktzahl 1 800; Vergütung 84,00 DM 15. Reinigung der Wohnung (Unterhaltsreinigung): Punktzahl 200; Vergütung 9,35 DM 16. Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 200; Vergütung 9,35 DM 17. Bügeln: Punktzahl 300; Vergütung 14,00 DM 18. Einkaufen: Punktzahl 250; Vergütung 11,65 DM 19. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 450; Vergütung 21,00 DM 20. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 100; Vergütung 4,65 DM; (auch Essen auf Rädern) 21. Erstbesuch incl. Hausbesuchspauschale: Punktzahl 600; Vergütung 45,00 DM 22. Pflegeeinsätze gem. § 37 Abs. 3 SGB XI incl. Hausbesuchspauschale: Punktzahl 450; Vergütung 33,75 DM 23. Hausbesuchspauschale: a) einfache – Vergütung 5,90 DM b) erhöhte – Vergütung 8,50 DM c) halbe einfache – Vergütung 2,95 DM (gleichzeitige Leistungserbringung nach SGB V) d) halbe erhöhte – Vergütung 4,25 DM (gleichzeitige Leistungserbringung nach SGB V)

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Saarland Punktwert für die Saarländische Pflegegesellschaft und den Verband der frei- und hauptberuflichen Alten- und Krankenpfleger: 0,069 DM; nicht organisierte zwischen: 0,06 DM und 0,069 DM	1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 300; Vergütung (Basis: 6,9 Pf.) 20,70 DM 2. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 500; Vergütung 34,50 DM 3. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM 4. Mobilisation: Punktzahl 150; Vergütung 10,35 DM 5. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 17,25 DM 6. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM 7. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 80; Vergütung 5,52 DM 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 200; Vergütung 13,80 DM; (nicht abrechenbar im Zsh. mit Leistungskomplex 1 und 2) 9. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 4,83 DM 10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 41,40 DM 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM 12. Reinigung der Wohnung: Punktzahl 100 pro Tag (700 in der Woche bei beliebiger Zeiteinteilung); Vergütung 6,90 DM bzw. 48,30 DM 13. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 60 pro Tag (max. 420 bei beliebiger Zeiteinteilung); Vergütung 4,14 DM bzw. 28,98 DM 14. Großer Einkauf: Punktzahl 360 pro Woche; Vergütung 24,84 DM 15. Kleiner Einkauf: Punktzahl 100 pro Tag (400 in der Woche bei beliebiger Zeiteinteilung); Vergütung 6,90 DM bzw. 27,60 DM 16. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 300; Vergütung 20,70 DM 17. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM; 2 mal (bei Essen auf Rädern 3 mal) täglich 18. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 400; Vergütung 27,60 DM 19. Erstbesuch: Punktzahl 600; Vergütung 41,40 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Sachsen Punktwerte bewegen sich zwischen: 0,06 DM und 0,065 DM	1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250; Vergütung (Basis: 6,5 Pf.) 16,25 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 13,00 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450; Vergütung 29,25 DM 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 26,00 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 5. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 6,50 DM 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 16,25 DM 7. Sondenkost bei implantierter Magensonde: Punktzahl 80; Vergütung 5,20 DM 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100; Vergütung 6,50 DM 9. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 4,55 DM 10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 39,00 DM; 4 mal monatl. 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 100; Vergütung 6,50 DM 12. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 5,85 DM 13. Wechseln der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360; Vergütung 23,40 DM 14. Einkaufen: Punktzahl 150; Vergütung 9,75 DM; 2 mal wöchentl. 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 17,55 DM 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60; Vergütung 3,90 DM 16a. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (Essen auf Rädern/Gefroren): Punktzahl 90; Vergütung 5,85 DM 17. Pflegeeinsätze gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Vergütung 42,00 DM 18. Erstbesuch: Vergütung 42,00 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	Leistungskomplexe
Sachsen-Anhalt Punktwert : 0,064 DM nicht organisierte: zwischen 0,052 und 0,064 DM	1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250; Vergütung 16,00 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 12,80 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450; Vergütung 28,80 DM 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 25,60 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 5. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 6,40 DM 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 16,00 DM 7. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 50; Vergütung 3,20 DM 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100; Vergütung 6,40 DM 9. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 4,48 DM 10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 38,40 DM; 3 mal monatl. 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 5,76 DM; 1 mal täglich 12. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 5,76 DM; 1 mal täglich 13. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360; Vergütung 23,04 DM; 1 mal wöchentl. 14. Einkaufen: Punktzahl 150; Vergütung 9,60 DM; 2 mal wöchentl. 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 17,28 DM 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60; Vergütung 3,84 DM; 2 mal (bei Essen auf Rädern 3 mal) täglich 17. Pflegeeinsätze gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 400; Vergütung 25,60 DM 18. Erstbesuch: Punktzahl 400; Vergütung 25,60 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	Leistungskomplexe
Schleswig-Holstein Punktwerte für freie Wohlfahrtspflege, AGH, BPA: 0,078 DM; für AVAP, BHD: 0,076 DM; für nicht organisierte: 0,075 DM; Wohnstifte und Seniorenheime: 0,068 DM	1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250; Vergütung (Basis: 7,8 Pf.) 19,50 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 15,60 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450; Vergütung 35,10 DM 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 31,20 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 5. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 7,80 DM 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 19,50 DM 7. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 250; Vergütung 19,50 DM 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100; Vergütung 7,80 DM 9. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 5,46 DM 10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 46,80 DM; max. 3 mal monatl. 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 7,02 DM; 1 mal täglich 12. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 7,02 DM; 1 mal täglich 13. Wechseln der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360; Vergütung 28,08 DM; 1 mal wöchentl. 14. Einkaufen: Punktzahl 150; Vergütung 11,70 DM; 2 mal wöchentl. 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 21,06 DM; 1 mal täglich 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60; Vergütung 4,68 DM; 2 mal (bei Essen auf Rädern 3 mal) täglich 17. Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 400; Vergütung 31,20 DM 18. Erstbesuch: Punktzahl 400; Vergütung 31,20 DM 19. Hausbesuchspauschale: 6,32 DM täglich

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Thüringen Punktwerte für Wohlfahrtsverbände, AVAP, VdAB, Bundesverband Hauskrankenpflege: 0,065 DM; APO-Care: 0,061 DM; Phoenix-Institut: 0,05 DM nicht organisierte: zwischen 0,055 DM und 0,06 DM	1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250; Vergütung (Basis: 6,5 Pf.) 16,25 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 13,00 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450; Vergütung 29,25 DM 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 26,00 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 5. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 6,50 DM 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 16,25 DM 7. (unbesetzt) 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100; Vergütung 6,50 DM 9. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 4,55 DM 10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 39,00 DM; 4 mal monatl. 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90 (100 bei Ofenheizung); Vergütung 5,85 DM 12. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 5,85 DM; 1 mal täglich 13. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360; Vergütung 23,40 DM; 1mal wöchentl. 14. Einkaufen: Punktzahl 150; Vergütung 9,75 DM; 2 mal wöchentl. 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 17,55 DM; 1 mal täglich 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60; Vergütung 3,90 DM; 2 mal (bei Essen auf Rädern 3 mal) täglich 16a. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (Essen auf Räder, Tiefkühlkost): Punktzahl 90; Vergütung 5,85 DM; 1 mal täglich 17. Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Vergütung 42,00 DM 18. Erstbesuch: Vergütung 42,00 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	Leistungskomplexe
Baden-Württemberg Landesweite Vergütungsvereinbarung Stundensatz Grundpflege: 51,00 DM + 1,43 % = 51,73 DM (0,86 DM/min.) Hausw. Vers.: 45,00 + 1,43 % = 45,64 DM (0,76 DM/min.) Vergütung nach Zeitwert im 15-Minuten-Takt Hilfen: 35,50 DM (0,59 DM/min.) Zivildienstleist.: 18,26 DM (0,30 DM/min.) Ländlicher Sozialdienst der Bauernverbände: 46,90 DM (0,78 DM/min.) Private Pflegedienste: z. T. um 10 bis 20 % billiger Laufzeit: seit 1. Juli 2000	1. Große Toilette: Pflegefachkraft 38,80 DM; ergänzende Hilfen 26,60 DM Einsatz ZDL nur in begründeten Ausnahmefällen 2. Kleine Toilette: Pflegefachkraft 25,90 DM; ergänzende Hilfen 17,80 DM Einsatz ZDL nur in begründeten Ausnahmefällen 3. Transfer/An-/Auskleiden 4. Hilfen bei Ausscheidungen: Fachkraft 17,20 DM; Hilfen 11,80 DM Einsatz ZDL generell ausgeschlossen 5. Einfache Hilfe bei Ausscheidungen 6. Spezielles Lagern Einsatz ZDL generell ausgeschlossen 7. Mobilisation: Fachkraft 8,60 DM; Hilfen 5,90 DM Einsatz ZDL generell ausgeschlossen 8. Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Fachkraft 8,60 DM; Hilfen 5,90 DM 9. Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufn.: Fachkraft 30,20 DM; Hilfen 20,70 DM 10. Verabreichung von Sondennahrung mittels Spritze, Schwerkraft oder Pumpe 11. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (keine Spaziergänge, keine kulturellen Veranstaltungen): Fachkraft 51,70 DM; Hilfen 20,70 DM 12. Zubereitung einer einfachen Mahlzeit: Fachkraft 19,00 DM; Hilfen 14,80 DM 13. Essen auf Rädern, stationärer Mittagstisch: Entgelt 4,10 DM 14. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Fachkraft 38,00 DM; Hilfen 29,60 DM 15. Einkauf/Besorgungen 16. Waschen/Bügeln, Putzen 17. Vollständiges Ab- und Beziehen eines Bettes: Fachkraft 7,60 DM; Hilfen 5,90 DM 18. Beheizen: Fachkraft 11,40 DM; Hilfen 8,90 DM **Wegegebühren:** **Alternative 1:** 5,50 je Pflegeeinsatz Pflegestufe 1: maximal 1 Einsatz Pflegestufe 2: maximal 2 Einsätze Pflegestufe 3: maximal 3 Einsätze Bei gleichzeitiger Leistungserbringung nach dem SGB V verringert sich die Wegegebühr auf 3 DM **Alternative 2:** pauschal monatlich in Pflegestufe I 60,00 DM; in II und III 180,00 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1998

Bundesland	Leistungskomplexe
Bayern Freie Wohlfahrtspflege und organisierte private Pflegedienste: Punktwert: 0,0735 DM Alternativ für Härtefälle und in der Pflegestufe III: Stundensatz 41,00 DM oder (0,683 DM/min.) Zivi in LK 1–7 18,00 DM Laufzeit: 31. März 2000 Neuverhandlungen stehen nach Kündigung der Vereinbarung an Pflegedienste in Wohnheimen: Punktwert: 0,06 DM Nicht organisierte Pflegedienste: Punktwert: zwischen 0,065 DM und 0,0723 DM	**Punktwert: Basis 0,0735 DM** 1. Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 350; Vergütung 25,73 DM 2. a) Zuschlag bei Ganzkörperwäsche: Punktzahl 150; Vergütung 11,03 DM b) Ganzkörperwäsche: Punktzahl 250; Vergütung 18,38 DM 3. Lagern/Mobilisierung: Punktzahl 100; Vergütung 7,35 DM 4. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 18,38 DM 5. Hilfe bei der Darm- Blasenentleerung: Punktzahl 70; Vergütung 5,15 DM 6. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung, Punktzahl 70; Vergütung 5,15 DM 7. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 44,10 DM;1 mal die Woche 8. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 6,62 DM 9. Kleine hauswirtschaftl. Versorgung: Punktzahl 50; Vergütung 3,68 DM 10. Große hauswirtschaftl. Versorgung: Punktzahl 250; Vergütung 18,38 DM 11. Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 300; Vergütung 22,05 DM 12. Einkaufen: Punktzahl 150; Vergütung 11,03 DM 13. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 19,84 DM pro Tag 14. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 90; Vergütung 6,62 DM; 2 mal pro Tag 15. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 400;Vergütung 29,40 DM 16. Erstbesuch: Punktzahl 400; Vergütung 29,40 DM 17. Wegegeld: pro Einsatz 6,00 DM am Tag und 8,80 DM in der Nacht, bei gleichzeitiger Erbringung von KV-Leistungen wird halbes Wegegeld gezahlt; bei Leistungserbringung von zwei Personen (LK 1–3 und 5) 1,5 fache Gebühr

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Bayern Berufsverband für freie Pflegekräfte e.V. Punktwert: zwischen 0,069 DM und 0,073 DM Laufzeit: 31. Dezember 1999 Neuverhandlungen stehen nach Kündigung der Vereinbarung an	**Leistungskomplexsystem für den Berufsverband für freie Pflegekräfte e. V.** **Punktwert: Basis 0,073 DM** 1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl: 250; Vergütung: 18,25 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl: 200; Vergütung: 14,60 DM 3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl: 450; Vergütung: 32,85 DM 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl: 400; Vergütung: 29,20 DM 5. Lagern/Betten: Punktzahl: 100; Vergütung: 7,30 DM 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl: 250; Vergütung: 18,25 DM 7. Sondenkost: Nicht besetzt 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl: 100; Vergütung: 7,30 DM 9. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl: 70; Vergütung: 5,11 DM 10. Begleitung bei Aktivitäten, bei denen das persönliche Erscheinen erforderlich und ein Hausbesuch nicht möglich ist: Punktzahl: 600; Vergütung: 43,80 DM; 3 mal im Monat 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl: 90; Vergütung: 6,57 DM 12. Reinigung der Wohnung: Punktzahl: 90; Vergütung: 6,57 DM; pro Tag 13. Wechseln der Wäsche und Kleidung: Punktzahl: 360; Vergütung: 26,28 DM; je Woche 14. Einkaufen: Punktzahl: 150; Vergütung: 10,95 DM; 2 mal die Woche 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl: 270; Vergütung: 19,71 DM; (nicht bei Essen auf Rädern) 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl: 60; Vergütung: 4,38 DM; 2 mal (bei Essen auf Rädern 3 mal) täglich 17. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl: 400; Vergütung: 29,20 DM 18. Erstbesuch: Punktzahl: 400; Vergütung: 29,20 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	Leistungskomplexe
Berlin Landesweite Vergütungsvereinbarung Punktwert: 0,076 DM Laufzeit: 1. August 1999 bis 31. Dezember 2000	1. Erweiterte kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 300; Vergütung 22,80 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 15,20 DM 3. Erweiterte große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450, 600 (mit Baden); Vergütung 34,20 DM, 45,60 DM (mit Baden) 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 30,40 DM 5. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 7,60 DM 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 19,00 DM 7a. Darm- und Blasenentleerung (nur in Kombination mit anderen Leistungskomplexen): Punktzahl 80; Vergütung 6,08 DM 7b. Darm- und Blasenentleerung (nicht abrechenbar im Zsh. mit den Leistungskomplexen 1 bis 4): Punktzahl 200; Vergütung 15,20 DM 8. Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung (nur im Zsh. mit anderen Leistungskomplexen): Punktzahl 70; Vergütung 5,32 DM 9. Begleitung außer Haus: Punktzahl 600; Vergütung 45,60 DM; i. d. R. 3 mal monatl. 10. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 120; Vergütung 9,12 DM 11a. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 6,84 DM; täglich 11b. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 270; Vergütung 20,52 DM; 2 mal wöchentl. 12. Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 480; Vergütung 36,48 DM 13. Einkaufen: Punktzahl 240; Vergütung 18,25 DM; 2 mal wöchentl. 14. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 20,52 DM 15. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 90; Vergütung 6,84 DM 16. Erstbesuch: Punktzahl 600; Vergütung 45,60 DM 17a. Hausbesuchspauschale: 5,00 DM 17b. Hausbesuchspauschale bei Leistungserbringung zu ung. Zeiten: 10,00 DM (montags bis freitags zw. 22.00 Uhr und 6.00 Uhr) 18. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Stufe I & II: 30,00 DM; Stufe III: 50,00 DM
Zeitbezogene Vergütung für schwerst mehrfach Behinderte i.S.d. § 93 BSHG	1. bis 8. Stunde des Einsatzes: 37,10 DM/Stunde, 9. bis 16. Stunde des Einsatzes: 35 DM/Stunde, 17. bis 24. Stunde des Einsatzes: 26 DM/Stunde Hausbesuchspauschale: 13,00 DM, 1 mal täglich

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Brandenburg Ab 1. Januar 1999 drei Vergütungsvarianten für private und organisierte Pflegedienste: Variante 1: Grundpflege: Punktwert: 0,062 DM Hausw. Vers.: Punktwert: 0,060 DM Variante 2: Grundpflege: Punktwert: 0,065 DM Hausw. Vers.: Punktwert: 0,061 DM Variante 3: Grundpflege: Punktwert: 0,068 DM Hausw. Vers.: Punktwert: 0,062 DM Laufzeit: 31. Dezember 2000	**Punktwert: Basis 0,065 DM** 1. Kleine Körperpflege: Punktzahl 200; Vergütung 13,00 DM 2. Große Körperpflege: Punktzahl 400; Vergütung 26,00 DM 3. Unterstützung bei Ausscheidungen – Kleine Hilfe: Punktzahl 100; Vergütung 6,50 DM; keine Einzelleistung 4. Unterstützung bei Ausscheidungen – Erweiterte Hilfe: Punktzahl 150; Vergütung 9,75 DM 5. Lagern/Betten: Punktzahl 150; Vergütung 9,75 DM 6. Haarewaschen: Punktzahl 150; Vergütung 9,75 DM; keine Einzelleistung; nur 1 mal wöchentl. 7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 16,25 DM 8. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 180; Vergütung 11,70 DM 9. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 80; Vergütung 5,20 DM; keine Einzelleistung 10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 39,00 DM; max. 4 mal wöchentl. 11. Beheizen der Wohnung (Ofenheizung): Punktzahl 120; Vergütung (Basis 0,061) 7,32 DM 12. Grundreinigung der Wohnung: Punktzahl 480; Vergütung 29,28 DM; max. 2 mal wöchentl. 13. Teilreinigung der Wohnung: Punktzahl 160; Vergütung 9,76 DM; max. 6 mal wöchentl. 14. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 480; Vergütung 29,28 DM; max. 1 mal wöchentl. 15. Wechseln der Bettwäsche: Punktzahl 50; Vergütung 3,05 DM; keine Einzelleistung 16. Vorratseinkauf: Punktzahl 240; Vergütung 14,64 DM; max. 2 mal wöchentl. 17. Besorgung: Punktzahl 80; Vergütung 4,88 DM; max. 3 mal wöchentl. 18. Kochen einer Hauptmahlzeit: Punktzahl 240; Vergütung 14,64 DM 19. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit: Punktzahl 100; Vergütung 6,10 DM; max. 3 mal täglich 20. Erstbesuch: Variante 1 und 2: 40 DM je Einsatz; Variante 3: bis zu 50 DM je Einsatz 21. Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Stufe I & II: bis zu 30,00 DM; Stufe III: bis zu 50,00 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	Leistungskomplexe
Bremen Einzelvereinbarungen Punktwert liegt zwischen 0,064 DM und 0,073 DM Pflegedienste im ISB-Bereich: 35,00 DM pro Stunde Laufzeit: 30. Juni 2001	**Punktwert: Basis 0,069 DM** 1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250; Vergütung 17,25 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 13,80 DM; ohne Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes 3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450; Vergütung 31,05 DM 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 27,60 DM; ohne Hilfe beim Aufsuchen oder Verlassen des Bettes 5. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM 6. Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung: Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM 7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 17,25 DM 8. Sondenkost bei implantierter Magensonde: Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM 9. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM 10. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 4,83 DM 11. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 600; Vergütung 41,40 DM; (keine Spaziergänge, kulturellen Veranstaltungen) 12. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 6,21 DM 13. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 6,21 DM; 1 mal täglich 14. Wechseln/Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 50; Vergütung 3,45 DM 15. Einkaufen: Punktzahl 50; Vergütung 3,45 DM; 1 mal täglich; 6 Tage in der Woche 16. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 18,63 DM 17. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60; Vergütung 4,14 DM; 2 mal (bei Essen auf Rädern 3 mal) täglich 18. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 400; Vergütung 27,60 DM 19. Erstbesuch: Punktzahl 600; Vergütung 41,40 DM 30. Folgebesuch nach Krankenhausaufenthalt bzw. Höherstufung: Punktzahl 300; Vergütung 20,70 DM 20. Wegepauschale: Punktzahl 50; Vergütung 3,45 DM; max. 3 mal täglich

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Hamburg Schiedsstellenentscheidung vom Juni 1999: Festsetzung eines überarbeiteten Leistungskomplexsystems Punktwertkorridor von 0,07 bis 0,079 DM als Grundlage für Vereinbarungen Verhandlungsergebnis vom 4. Februar 2000 zwischen den Kostenträgern und den Anbieterverbänden: Basispunktwert: 0,074 DM Vereinbarung von acht zus. Qualitätskriterien, die den Punktwert auf max. 0,0755 DM erhöhen können Spezialdienste (z. B. Hospize): Punktwert: 0,079 DM Wenn der Einsatz einer zweiten Pflegekraft notwendig ist, kann der erbrachte Leistungskomplex doppelt abgerechnet werden Zivis: 0,03 DM Laufzeit: 1. April 2000 bis 31. März 2001	**Punktwert: Basis 0,074 DM** 1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250; Vergütung 18,50 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 14,80 DM; ohne Hilfe beim Aufsuchen und Verlassen des Bettes 3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450; Vergütung 33,30 DM 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 29,60 DM 5. Lagern/Betten/Bewegungsübung: Punktzahl 100; Vergütung 7,40 DM 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 18,50 DM 7. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 200; Vergütung 14,00 DM 8a. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 50; Vergütung 3,70 DM 8b. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 150; Vergütung 11,10 DM Kann nicht im Zusammenhang mit den Leistungskomplexen 1 bis 4 abgerechnet werden. 9. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 100; Vergütung 7,40 DM 10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 44,40 DM 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 100; Vergütung 7,40 DM 11. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 100; Vergütung 7,40 DM Maximal 450 Punkte wöchentlich; Vergütung 33,30 DM 13. Wechseln der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 400; Vergütung 29,60 DM; 1 mal wöchentl., 1 mal täglich bei Verwirrtheit in Verbindung mit Harn-/Stuhlinkontinenz 13a. Wechseln der Wäsche: Punktzahl 60; Vergütung 4,44 DM; (alleiniges Wechseln) 14. Einkaufen: Punktzahl 150; Vergütung 11,10 DM i. d. R: 2- höchstens 3 mal wöchentl. 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 19,98 DM; 1 mal täglich 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 80; Vergütung 5,92 DM 17. Erstbesuch: Punktzahl 700; Vergütung 51,80 DM 18. Wegepauschale: 4,00 DM je Hausbesuch (nicht bei Seniorenanlagen) 19. Zuschläge Wochenende/Feiertage/ungünstige Zeiten (22.00 Uhr bis 6.00 Uhr): 10 % 20. Bericht gem. § 12 Rahmenvertrag: Punktzahl 150; Vergütung 11,10 DM; schriftl. Bericht incl. Porto (nur auf Anforderung der Kasse im Einvernehmen des Pflegebed.) 21. Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Stufe I & II: 30 DM; Stufe III: 50,00 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Hessen	Zurzeit wissenschaftliche Untersuchung zur Vergütungssystematik
landesweite Vergütungsvereinbarung auf der Basis von LK aus 1995	
Kasseler Modell Regionale Vergütungsverhandlungen, in denen die Punktwerte verhandelt werden. Grundpflege: Punktwert: zwischen 0,0758 DM und 0,083 DM Hausw. Vers.: Punktwert: zwischen 0,045 DM und 0,083 DM Zivi für Hausw. Vers.: 0,03 DM	1. Kleine Körperpflege: Punktzahl 340; einzelne Verrichtungen sind abwählbar 2. Große Körperpflege: Punktzahl 450; einzelne Verrichtungen sind abwählbar 3. Spezielle Lagerung bei Bettlägerigkeit: Punktzahl 100 4. Einfache Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidungen: Punktzahl 50 5. Erweiterte Hilfe/Unterstützung bei Ausscheidungen: Punktzahl 100 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Zwischenmahlzeit): Punktzahl 100 7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (Hauptmahlzeit): Punktzahl 250 8. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 120 9. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; (keine Spaziergänge, kulturellen Veranst.) 10. Hauswirtschaftl. Versorgung: 50 Punkte entsprechen 5 Minuten 11. Erstgespräch durch eine Pflegefachkraft: Punktzahl 600 12. Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Stufe I & II: 30,00 DM; Stufe III: 50,00 DM 13. Hausbesuchspauschale: a) Hausbesuchspauschale – Besuche zwischen 6.00 Uhr und 20.00 Uhr: 6,00 DM b) erhöhte Hausbesuchspauschale – Besuche zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzl. Feiertagen: 12,00 DM c) halbe Hausbesuchspauschale – Besuche zwischen 6.00 Uhr und 20.00 Uhr bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V: 3,00 DM d) halbe erhöhte Hausbesuchspauschale – Besuche zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzl. Feiertagen bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V: 6,00 DM
Pflegedienste, die besondere Personengruppen pflegen (z. B. Behinderte oder psychisch Kranke) können eine Stundenvergütung beantragen	Die Grundpflege wird mit einem Stundensatz zwischen 34,00 DM und 65,00 DM (Aids-Kranke) vergütet. Stundensatz für hauswirtschaftl. Versorgung: zwischen 28,00 DM und 30,00 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	Leistungskomplexe
Mecklenburg-Vorpommern Einzelvereinbarungen Punktwert liegt zwischen 0,041 DM und 0,069 DM Wenn der Einsatz einer zweiten Pflegekraft notwendig ist, kann der Leistungskomplex doppelt abrechnet werden	**Punktwert: Basis 0,069 DM** 1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 240; Vergütung: 16,56 DM 2. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 27,60 DM 3. Teilkörperpflege: Punktzahl 140; Vergütung 9,66 DM 4. Ganzkörperpflege: Punktzahl 300; Vergütung 20,70 DM 5. Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes: Punktzahl 50; Vergütung 3,45 DM 6. Lagern/Betten/Mobilisieren: Punktzahl 130; Vergütung 8,97 DM 7. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 17,25 DM 8. Aufbereitung und Verabreichung von Sondenkost: Punktzahl 300; Vergütung 20,70 DM 9. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 50; Vergütung 3,45 DM 10. Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 4,83 DM 11. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600 (3 mal im Monat) oder 1 mal im Monat 1800 Punkte; Vergütung 41,40 DM (124,20 DM) 12. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90 (i. d. R. 2 mal täglich); Vergütung 6,21 DM 13. Reinigung im unmittelbaren Wohnbereich der Wohnung: Punktzahl 150 (i. d. R. 4 mal wöchentlich); Vergütung 10,35 DM 14. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360 (i. d. R. 1 mal wöchentlich); Vergütung 24,84 DM 15. Einkaufen: Punktzahl 150 für 2 mal wöchentlich, 900 für 1 mal monatl., höchstens 1 200 für den Gesamtmonat; Vergütung 10,35 DM (62,10 DM; 82,80 DM) 16. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; 1 mal täglich (nicht bei Essen auf Rädern); Vergütung 18,63 DM 17. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60; 2 mal (bei Essen auf Rädern 3 mal) täglich; Vergütung 4,14 DM 17. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Stufe I & II: 30,00 DM; Stufe III: 50,00 DM 18. Erstbesuch oder Wechsel der Pflegestufe: Punktzahl 450; Vergütung 28,80 DM 19. Mitteilung an die Pflegekassen: Punktzahl 50; Vergütung 3,20 DM a) Mitteilung nach § 3 des Rahmenvertrages (Pflegehilfsmittel); b) Mitteilung nach § 10 des Rahmenvertrages (Mitteilungspflicht); c) Bericht nach § 23 des Rahmenvertrages (Änderung der bisher gewährten Versorgungsleistungen erscheint notwendig) 20. Einsatzpauschale: 3,60 DM je Hausbesuch 21. Zuschläge für Dienste zwischen 20.00 Uhr bis 6.00 Uhr, an Sonn- und Feiertagen sowie samstags ab 14.00 Uhr; Punktzahl 30; Vergütung 1,92 DM je Leistungskomplex

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	Leistungskomplexe
Niedersachsen Einzelvereinbarungen Leistungskomplexsystem aufgrund von Schiedsstellenbeschluss für Sozialstationen (ca. 1/3 der Einrichtungen) Punktwert für die Sozialstationen: zwischen 0,0738 DM und 0,0779 DM je nach Landkreis in einigen Landkreisen abweichende Punktwerte für hauswirtschaftliche Versorgung Wenn der Einsatz einer zweiten Pflegekraft notwendig ist, kann der Leistungskomplex zu je 80 % abgerechnet werden	Zurzeit wird über landesweit einheitliches Leistungskomplexsystem verhandelt 1. Erstgespräch durch eine Pflegekraft: Punktzahl 600 2. Kleine Pflege: Punktzahl 250 3. Große Pflege: Punktzahl 400 4. Große erweiterte Pflege: Punktzahl 500; (incl. Vollbad) 5. Hilfe bei Ausscheidungen: Punktzahl 150; (nicht abrechenbar mit Komplexen 2, 3, 4, 6) 6. Betten und Lagern: Punktzahl 100 7. Hilfen im Bereich der Mobilität: Punktzahl 150; (nicht abrechenbar mit Komplexen 2, 3, 4 oder 6) 8. Einfache Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 100 9. Umfangreiche Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 300 10. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 100 11. Begleitung außerhalb der Wohnung: Punktzahl 600 12. Aufräumen der Wohnung: Punktzahl 100 13. Reinigung der Wohnung: Punktzahl 300; i. d. R. wöchentl. 14. Einfache Mahlzeitzubereitung (auch Essen auf Rädern): Punktzahl 150 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 400 16. Zwischenmahlzeit: Punktzahl 100 17. Einkaufen: Punktzahl 250 18. Wäschepflege und Ausbesserung: Punktzahl 450 19. Bügeln: Punktzahl 300 20. Vollständiges Bett ab- und beziehen: Punktzahl 100 21. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 150 22. Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 500 23. Hausbesuchspauschale: a) Hausbesuchspauschale – Besuche zwischen 6.00 Uhr und 20.00 Uhr 6,50 DM b) Hausbesuchspauschale – Besuche zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr, an Sams-, Sonn- und Feiertagen 13,00 DM lediglich halbe Hausbesuchspauschale bei gleichzeitiger Erbringung von Leistungen nach SGB V

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	Leistungskomplexe
Niedersachsen Bundesempfehlung 1995 (ca. 2/3 der Einrichtungen) überarbeitete Bundesempfehlung 8. November 1996 (ca. 1/3 der Einrichtungen) Punktwert für private Pflegedienste zwischen 0,0636 DM und 0,0738 DM	1. Kleine Pflege mit Bettverlassen: Punktzahl 250, Vergütung: 18,45 DM (Punktwert : 0,0738) 2. Kleine Pflege: Punktzahl 200, Vergütung: 14,76 DM 3. Große Pflege mit Bettverlassen: Punktzahl 450, Vergütung: 33,21 DM 4. Große Pflege: Punktzahl 400, Vergütung: 29,52 DM 5. Lagern/Betten: Punktzahl 100, Vergütung: 7,38 DM 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250, Vergütung: 18,45 DM 7. Sondenkost bei implantierter Magensonde: Punktzahl 50, Vergütung: 3,69 DM 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100, Vergütung: 7,38 DM 9. Hilfestellung beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70, Vergütung: 5,17 DM 10. Begleitung außerhalb der Wohnung: Punktzahl 600, Vergütung: 44,28 DM 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90, Vergütung: 6,64 DM 12. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90, Vergütung: 6,64 DM 13. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360, Vergütung: 26,57 DM 14. Einkaufen: Punktzahl 150, Vergütung: 11,07 DM 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht bei Essen auf Rädern); Punktzahl 270, Vergütung: 19,93 DM 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit: Punktzahl 60, Vergütung: 4,43 DM 17. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 400, Vergütung: 29,52 DM 18. Erstbesuch: Punktzahl 400, Vergütung: 29,52 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	Leistungskomplexe
Nordrhein-Westfalen Pflegedienste der Freien Wohlfahrtspflege: Punktwert: 0,078 DM nach Schiedsspruch; Sonstige Pflegedienste: Punktwert: zwischen 0,065 DM und 0,071 DM	**Punktwert: Basis 0,078 DM** 1. Ganzwaschung: Punktzahl 410; Vergütung 31,98 DM 2. Teilwaschung: Punktzahl 220; Vergütung 17,16 DM 3. Ausscheidungen: Punktzahl 100; Vergütung 7,80 DM 4. Selbstständige Nahrungsaufnahme: Punktzahl 100; Vergütung 7,80 DM 5. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 19,50 DM 6. Sondenernährung bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 100; Vergütung 7,80 DM 7. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 7,80 DM 8. Mobilisation: Punktzahl 180; Vergütung 14,04 DM; Mindesteinsatzdauer 15 Min.; nur als selbstständige Leistung abrechenbar 9. Behördengänge und Arztbesuche: Punktzahl 360; Vergütung 28,08 DM 10. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 60; Vergütung 4,68 DM 11. Einkaufen: Punktzahl 150; Vergütung 11,70 DM; bis zu 2 mal wöchentl. 12. Zubereiten von warmen Speisen: Punktzahl 150; Vergütung 11,70 DM 13. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 540; Vergütung 42,12 DM; (Abrufempfehlung alle 2 Wochen) 14. Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360; Vergütung 28,08 DM; (Abrufempfehlung 1 mal wöchentl.) 15. Hausbesuchspauschale: Vergütung 3;00 DM; bis zu 2 mal täglich 15a. Erhöhte Hausbesuchspauschale: Vergütung 8,00 DM; (ausschließlich bei Abruf der Komplexe 3, 4, 6, 7, 8, 10 oder 12); max. 1 mal täglich 16. Erstgespräch: Punktzahl 500; Vergütung 39,00 DM 17. Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 500; Vergütung 39,00 DM **Verbundene Leistungskomplexe** 18. Große Grundpflege mit Lagern/Betten und selbständiger Nahrungsaufnahme (1, 3, 4, 7): Punktzahl 610; Vergütung 47,58 DM 19. Große Grundpflege (1, 3): Punktzahl 450; Vergütung 35,10 DM 20. Kleine Grundpflege mit Lagern/Betten und selbständiger Nahrungsaufnahme (2, 3, 4, 7): Punktzahl 450; Vergütung 35,10 DM 21. Kleine Grundpflege (2, 3): Punktzahl 290; Vergütung 22,62 DM 22. Große hauswirtschaftl. Versorgung (13, 14): Punktzahl 760; Vergütung 59,28 DM 23. Große Grundpflege mit Lagern/Betten (1, 3, 7): Punktzahl 520; Vergütung 40,56 DM 24. Große Grundpflege mit Lagern/Betten und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (1, 3, 5, 7): Punktzahl 740; Vergütung 57,72 DM 25. Kleine Grundpflege mit Lagern/Betten (2, 3, 7): Punktzahl 350; Vergütung 27,30 DM 26. Kleine Grundpflege mit Lagern/Betten und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme (2, 3, 5, 7): Punktzahl 580; Vergütung 45,24 DM

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Rheinland-Pfalz nicht organisierte Pflegedienste: Grundpflege: Punktwert: 0,075 DM Hausw. Vers.: Punktwert: 0,0467 DM Pflegedienst Medi-Care: Punktwert: 0,05 DM Kirchlich Sozialstation Idar-Oberstein: nur LK 1: 18,75 DM LK 2: 26,25 DM Pflegedienste der freien Wohlfahrtspflege und organisierte private Pflegedienste Grundpflege: Punktwert: 0,0764 DM Hausw. Vers.: Punktwert: 0,0483 DM	**Punktwert: Basis 0,075 DM** 1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250; Vergütung 18,75 DM 2. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 350; Vergütung 26,25 DM 3. Große Morgen-/Abendtoilette (mit Vollbad): Punktzahl 450; Vergütung 33,75 DM (ohne Vollbad): Punktzahl 300; Vergütung 22,50 DM 4. Hilfen bei Ausscheidungen: Punktzahl 100; Vergütung 7,50 DM Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 7,50 DM 5. Mobilisation: Punktzahl 150; Vergütung 11,65 DM Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 18,75 DM 6. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 50; Vergütung 3,75 DM 7. Hilfestellung beim Verlassen oder Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 100; Vergütung 4,65 DM 8. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 28,00 DM 9. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 100; Vergütung 4,65 DM 10. Vollständiges Ab- und Beziehen eines Bettes: Punktzahl 100; Vergütung 4,65 DM 11. Reinigung der Wohnung (Grundreinigung): Punktzahl 1 800; Vergütung 84,00 DM Reinigung der Wohnung (Unterhaltsreinigung): Punktzahl 200; Vergütung 9,35 DM 12. Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 200; Vergütung 9,35 DM 13. Bügeln: Punktzahl 300; Vergütung 14,00 DM 14. Einkaufen: Punktzahl 250; Vergütung 11,65 DM 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 450; Vergütung 21,00 DM 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 100; Vergütung 4,65 DM; (auch Essen auf Rädern) 17. Erstbesuch incl. Hausbesuchspauschale: Punktzahl 600; Vergütung 45,00 DM 18. Pflegeeinsätze gem. § 37 Abs. 3 SGB XI incl. Hausbesuchspauschale: Punktzahl 450; Vergütung 33,75 DM 19. Hausbesuchspauschale: einfache – Vergütung 5,90 DM erhöhte – Vergütung 8,50 DM halbe einfache – Vergütung 2,95 DM (gleichzeitige Leistungserbringung nach SGB V) halbe erhöhte – Vergütung 4,25 DM (gleichzeitige Leistungserbringung nach SGB V)

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	Leistungskomplexe
Saarland Saarländische Pflegegesellschaft und Verband der frei- und hauptberuflichen Alten- und Krankenpfleger: Punktwert: 0,069 DM Seit 1. August 2000: Erhöhung d. Punktzahlen f. LK 1,2,7,18 umfassende Leistungsbeschreibung Nicht organisierte Pflegedienste: Punktwert: zwischen 0,06 DM und 0,069 DM	**Punktwert: Basis 0,069 DM** 1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 350; Vergütung 24,15 DM 2. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 550; Vergütung 37,95 DM 3. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM 4. Mobilisation: Punktzahl 150; Vergütung 10,35 DM 5. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 17,25 DM 6. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM 7. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 200; Vergütung 13,80 DM; (nicht abrechenbar im Zsh. mit Leistungskomplex 1 & 2) 9. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 4,83 DM 10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 41,40 DM 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM 12. Reinigung der Wohnung: Punktzahl 100 pro Tag (700 in der Woche bei beliebiger Zeiteinteilung); Vergütung 6,90 DM bzw. 48,30 DM 13. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 60 pro Tag (max. 420 bei beliebiger Zeiteinteilung); Vergütung 4,14 DM bzw. 28,98 DM 14. Großer Einkauf: Punktzahl 360 pro Woche; Vergütung 24,84 DM 15. Kleiner Einkauf: Punktzahl 100 pro Tag (400 in der Woche bei beliebiger Zeiteinteilung); Vergütung 6,90 DM bzw. 27,60 DM 16. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 300; Vergütung 20,70 DM 17. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 100; Vergütung 6,90 DM; 2 mal (bei Essen auf Rädern 3 mal) täglich 18. Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI: Vergütung 30 DM 19. Erstbesuch: Punktzahl 600; Vergütung 41,40 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	Leistungskomplexe
Sachsen Wohlfahrt: Punktwert: 0,067 DM Laufzeit: bis 31. Dezember 2000 Private Anbieter: Punktwert: zwischen 0,065 DM und 0,066 DM	**Punktwert: Basis 0,067 DM** 1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250; Vergütung 16,75 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 13,40 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450; Vergütung 30,15 DM 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 26,80 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 5. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 6,70 DM 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 16,75 DM 7. Sondenkost bei implantierter Magensonde: Punktzahl 80; Vergütung 5,36 DM 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100; Vergütung 6,70 DM 9. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 4,69 DM 10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 40,20 DM; 4 mal monatl. 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 100; Vergütung 6,70 DM 12. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 6,03 DM 13. Wechseln der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360; Vergütung 24,12 DM; max. 1 mal wöchentl. 14. Einkaufen: Punktzahl 150; Vergütung 10,05 DM; 2 mal wöchentl. 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 18,09 DM 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60; Vergütung 4,02 DM 16a. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (Essen auf Rädern/Gefroren): Punktzahl 90; Vergütung 6,03 DM 17. Pflegeeinsätze gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: (Wohlfahrt) Vergütung für Pflegestufe I und II: 30,00 DM; Pflegestufe III: 50,00 DM; (private Anbieter) Pflegestufe I und II: 25,20 DM – 30,00 DM Pflegestufe III: 30,00 DM – 42,00 DM 18. Erstbesuch: Vergütung 44,00 DM (Wohlfahrt) Vergütung 30,00 DM – 42,00 DM (private Anbieter)

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	**Leistungskomplexe**
Sachsen-Anhalt Landesweite Vergütungsvereinbarung mit den Verbänden der Leistungserbringer Punktwert : 0,064 DM Nicht organisierte Pflegedienste: zwischen 0,052 und 0,064 DM	**Punktwert: Basis 0,064 DM** 1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250; Vergütung 16,00 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 12,80 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450; Vergütung 28,80 DM 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 25,60 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 5. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 6,40 DM 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 16,00 DM 7. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 50; Vergütung 3,20 DM 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100; Vergütung 6,40 DM 9. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 4,48 DM 10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 38,40 DM; 3 mal monatl. 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 5,76 DM; 1 mal täglich 12. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 5,76 DM; 1 mal täglich 13. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360; Vergütung 23,04 DM; 1 mal wöchentl. 14. Einkaufen: Punktzahl 150; Vergütung 9,60 DM; 2 mal wöchentl. 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 17,28 DM 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60; Vergütung 3,84 DM; 2 mal (bei Essen auf Rädern 3 mal) täglich 17. Pflegeeinsätze gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 400; Vergütung 25,60 DM 18. Erstbesuch: Punktzahl 400; Vergütung 25,60 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	Leistungskomplexe
Schleswig-Holstein Freie Wohlfahrts-pflege, AGH, BPA: Punktwert: 0,078 DM AVAP, BHD: Punktwert: 0,076 DM Hausbesuchs-pauschale: 6,32 DM Nicht organisierte Pflegedienste: Punktwert: 0,075 DM Wohnstifte und Seniorenheime: Punktwert: 0,068 DM Hausbesuchs-pauschale: 5,50 DM	**Punktwert: Basis 0,078 DM** 1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250; Vergütung 19,50 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 15,60 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450; Vergütung 35,10 DM 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 31,20 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 5. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 7,80 DM 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 19,50 DM 7. Sondenkost bei implantierter Magensonde (PEG): Punktzahl 250; Vergütung 19,50 DM 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100; Vergütung 7,80 DM 9. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 5,46 DM 10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 46,80 DM; max. 3 mal monatl. 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 7,02 DM; 1 mal täglich 12. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 7,02 DM; 1 mal täglich 13. Wechseln der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360; Vergütung 28,08 DM; 1 mal wöchentl. 14. Einkaufen: Punktzahl 150; Vergütung 11,70 DM; 2 mal wöchentl. 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 21,06 DM; 1 mal täglich 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60; Vergütung 4,68 DM; 2 mal (bei Essen auf Rädern 3 mal) täglich 17. Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Punktzahl 400; Vergütung 31,20 DM 18. Erstbesuch: Punktzahl 400; Vergütung 31,20 DM 19. Hausbesuchspauschale: 6,32 DM täglich

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

noch Anlage 5

Übersicht über vereinbarte Leistungskomplexe in den Bundesländern

Stand: 1. April 2000

Bundesland	Leistungskomplexe
Thüringen Wohlfahrtsver-bände, AVAP, VdAB, Bundes-verband Haus-krankenpflege: Punktwert: 0,065 DM APO-Care: Punktwert: 0,061 DM Phoenix-Institut: Punktwert: 0,05 DM Nicht organisierte Pflegedienste: Punktwert: zwi-schen 0,055 DM und 0,065 DM seit 3/97: Auf-schlag von 0,003 DM je Leis-tungskomplex für Ausbildungsum-lage	**Punktwert: Basis 0,065 DM** 1. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 250; Vergütung (Basis: 6,5 Pf.) 16,25 DM 2. Kleine Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 200; Vergütung 13,00 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 3. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 450; Vergütung 29,25 DM 4. Große Morgen-/Abendtoilette: Punktzahl 400; Vergütung 26,00 DM; ohne Hilfe beim Verlassen oder Aufsuchen des Bettes 5. Lagern/Betten: Punktzahl 100; Vergütung 6,50 DM 6. Hilfe bei der Nahrungsaufnahme: Punktzahl 250; Vergütung 16,25 DM 7. (unbesetzt) 8. Darm- und Blasenentleerung: Punktzahl 100; Vergütung 6,50 DM 9. Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung: Punktzahl 70; Vergütung 4,55 DM 10. Begleitung bei Aktivitäten: Punktzahl 600; Vergütung 39,00 DM; 4 mal monatl. 11. Beheizen der Wohnung: Punktzahl 90 (100 bei Ofenheizung); Vergütung 5,85 DM 12. Reinigen der Wohnung: Punktzahl 90; Vergütung 5,85 DM; 1 mal täglich 13. Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung: Punktzahl 360; Vergütung 23,40 DM; 1-mal wöchentl. 14. Einkaufen: Punktzahl 150; Vergütung 9,75 DM; 2 mal wöchentl. 15. Zubereitung einer warmen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 270; Vergütung 17,55 DM; 1 mal täglich 16. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen: Punktzahl 60; Vergütung 3,90 DM; 2 mal (bei Essen auf Rädern 3 mal) täglich 16a. Zubereitung einer sonstigen Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (Essen auf Rädern, Tiefkühlkost): Punktzahl 90; Vergütung 5,85 DM; 1 mal täglich 17. Pflegeeinsatz gem. § 37 Abs. 3 SGB XI: Vergütung 42,00 DM 18. Erstbesuch: Vergütung 42,00 DM

Quelle: VdAK/AEV (ohne Gewähr auf Vollständigkeit).

Anlage 6

Zur Vergütungsentwicklung im ambulanten und stationären Bereich in den Bundesländern

Soweit von den zuständigen Landesministerien Informationen zur aktuellen Vergütungssituation zur Verfügung gestellt wurden, lässt sich die Vergütungsentwicklung im ambulanten und stationären Bereich* wie folgt darstellen.

Die Vertragsparteien in Baden Württemberg haben für die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen im April 1995 Leistungspakete für die pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung vereinbart. Der Pflegebedürftige kann aus 20 Leistungspaketen seinen individuellen Hilfe- und Betreuungsbedarf zusammenstellen. Die Leistungspakete können von einer Pflegefachkraft erbracht werden, was aber bei einzelnen Leistungspaketen (z. B. Reinigung der Wohnung) nicht zwingend notwendig ist. Vor diesem Hintergrund sind unterschiedliche Preise in Abhängigkeit davon, ob die Leistung von einer Fach- oder Hilfskraft erbracht wird, festgelegt. Daneben sind Wegegebühren vereinbart worden. Im Mai 2000 befanden sich die Vertragsparteien in Vergütungsverhandlungen, diese sind inzwischen abgeschlossen.

Für den stationären Bereich in Baden-Württemberg stellen sich die durchschnittlichen Pflegetagessätze wie folgt dar (Stand: 29. Mai 2000):

Pflegeklasse I	79,92 DM
Pflegeklasse II	99,93 DM
Pflegeklasse III	127,30 DM
Unterkunft und Verpflegung	34,28 DM

Sondereinrichtungen wurden dabei nicht eingerechnet. Die Gewichtung erfolgte auf der Grundlage der Platzzahlen. Hinzu kommt jeweils der Investitionskostenanteil (vgl. auch Anlage 9).

In Bayern werden die ambulanten Pflegeleistungen nach dem SGB XI nach dem Punktwertsystem abgerechnet; der aktuelle Punktwert beträgt 0,0735 DM. In der Pflegestufe III und bei Härtefällen kann bei der Grundpflege, alternativ zum Punktwert, für die Inhalte der Leistungskomplexe der tatsächliche Zeitaufwand abgerechnet werden. Der Stundensatz beträgt je Pflegestunde 41,00 DM, je Pflegeminute 0,683 DM. Bei Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung gilt auch in der Pflegestufe III und bei Härtefällen der Punktwert.

Für die Vergütung allgemeiner Pflegeleistungen und der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung ergeben sich in Bayern in den Jahren 1999 und 2000 folgende durchschnittliche Tagessätze im stationären Bereich:

	Allgemein	
	1999	2000
Pflegeklasse I	73,77 DM	81,41 DM
Pflegeklasse II	95,30 DM	102,69 DM
Pflegeklasse III	109,41 DM	118,82 DM
Unterkunft/Verpflegung	30,36 DM	29,82 DM
	Gerontopsychiatrie	
	1999	2000
Pflegeklasse I	88,62 DM	93,46 DM
Pflegeklasse II	109,36 DM	114,65 DM
Pflegeklasse III	121,17 DM	125,09 DM
Unterkunft/Verpflegung	31,88 DM	29,87 DM

Es werden bei der Ermittlung der Vergütung im stationären Bereich folgende Personalschlüssel zugrunde gelegt:

Pflegeklasse I	1:3,2
Pflegeklasse II	1:2,4
Pflegeklasse III	1:2,0

In Berlin sind nach Auslaufen der Übergangsregelungen in Art. 49 und 49a PflegeVG und Abschluss von Rahmenverträgen nach § 75 SGB XI in den Jahren 1998 bis 2000 Vergütungsvereinbarungen nach dem Achten Kapitel SGB XI abgeschlossen worden. Danach zeichnet sich für die Vergütung im stationären Bereich folgendes Bild ab:

Was Einrichtungen der Kurzzeitpflege angeht, so beginnen die Laufzeiten der in der Regel für 12 Monate vereinbarten Vergütungen der ca. 30 Einrichtungen nicht einheitlich. Mit den Vertragspartnern nach § 75 Abs. 1 SGB XI konnte für das Jahr 2000 eine abgestimmte Vorgehensweise zur Ermittlung der Fortschreibung vereinbart werden, diese wurde als Obergrenze an die Fortschreibung der Pflegeheime gekoppelt. Für die rd. 40 teilstationären Pflegeeinrichtungen wurden die vorher ungestuften Vergütungen auf die Systematik des SGB XI umgestellt.

In Berlin wurde für vollstationäre Pflegeheime von den Vertragspartnern ein Gruppenpflegesatz analog § 86 Abs. 2 SGB XI vereinbart, diesem sind 200 von insgesamt 266 Pflegeeinrichtungen beigetreten, die übrigen

* Auf die Übersichten über die in den Ländern vereinbarten Leistungskomplexe (Anlage 5) wird verwiesen. Für den Bereich der stationären Versorgung wird auf die Anlage 4 verwiesen. Gegenüber dieser Übersicht können sich Abweichungen ergeben, die auf unterschiedliche Erhebungszeitpunkte sowie Berechnungsmethoden (Gewichtungen, Durchschnittsbildung, Rundungen) zurückzuführen sind.

Pflegeheime haben ihre Pflegesatzvereinbarungen individuell verhandelt.

	Gruppenpflegesatz 2000 (Tagessatz)
Pflegeklasse I	71,53 DM
Pflegeklasse II	103,29 DM
Pflegeklasse III	125,97 DM
Unterkunft und Verpflegung	29,12 DM

Unter Einbeziehung des Gruppenpflegesatzes und der einzeln verhandelten Vergütungen aller Pflegeheime (auch für Sondergruppen wie psychisch Kranke, Behinderte u. a.; Stand 9. Dezember 1999) ergeben sich folgende durchschnittlichen Vergütungen:

	durchschnittlicher Tagessatz
Pflegeklasse I	77,30 DM
Pflegeklasse II	109,53 DM
Pflegeklasse III	132,41 DM
Unterkunft und Verpflegung	30,08 DM

In Hamburg sind seit 1996 im Bereich der ambulanten Pflege Vergütungen nach Leistungskomplexen vereinbart. Vom 1. August 1996 bis zum 31. März 2000 war mit der überwiegenden Mehrzahl der rd. 400 Pflegedienste eine Vergütung von 0,07 DM je Punkt und eine Wegepauschale von 4 DM je Einsatz vereinbart worden. Die wenigen abweichenden Vereinbarungen waren durch niedrigere Vergütungen und/oder den Verzicht auf Wegepauschalen gekennzeichnet. Nach etwa zweijährigen Verhandlungen und zwei Schiedsstellenverfahren wurde mit einer Laufzeit vom 1. April 2000 bis zum 31. März 2001 eine Vereinbarung getroffen, die bundesweit erstmalig Vergütungsanreize für verstärktes Qualitätsmanagement der Einrichtung schafft. Die neuen Punktwerte liegen zwischen 0,0740 DM und 0,0755 DM (für wenige Spezialdienste auch höher) und damit im Durchschnitt rd. 7 v. H. über den bisherigen Vergütungen. Ein Schiedsstellenverfahren endete mit der Neufestsetzung der Punktwerte der Leistungskomplexe und einer Korridorvorgabe von 0,070 DM bis 0,079 DM je Punkt für die einrichtungsindividuellen Vereinbarungen. In einem nachfolgenden Verfahren wurde der Antrag der Einrichtungsträgerverbände auf Festsetzung einer einheitlichen Vergütung abgelehnt.

Für den Übergang von den Vergütungsregelungen nach Artikel 49a und b PflegeVG auf Entgelte nach §§ 85 und 87 SGB XI haben die Landesverbände der Pflegekassen, die Verbände der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen und der Sozialhilfeträger für 1998 eine „Eckpunktevereinbarung“ für den stationären Bereich geschlossen. Diese Vereinbarung enthält insbesondere Personalanhaltszahlen für die drei Pflegestufen/-klassen sowie die „Pflegestufe 0“ und Orientierungswerte für die preisliche Bewertung der Pflege wie der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung. Die Schlüssel dienen ausschließlich der Kalkulation der Pflegesätze. Sie bilden den durchschnittlichen pflegerischen Aufwand eines Bewohners der entsprechenden Pflegestufe nach Hamburger Standard ab. Das Verhältnis des pflegerischen Aufwandes zwischen den Pflegestufen stuft sich dabei wie folgt ab:

Pflegestufe II	das 1,7fache der Pflegestufe I,
Pflegestufe III	das 2,4fache der Pflegestufe I.

Anbieterverbände und Sozialhilfeträger in Hamburg vereinbaren außerdem als pflegerischen Aufwand für nicht erheblich Pflegebedürftige

„Pflegestufe 0“	das 0,33fache der Pflegestufe I.

Für Pflegepersonal, Stationshilfen und Therapiepersonal errechnen sich zusammengenommen folgende Personalschlüssel:

„Pflegestufe 0“	1:13,04
Pflegestufe I	1:4,30
Pflegestufe II	1:2,53
Pflegestufe III	1:1,79

Im Jahr 1998 wurden auf dieser Basis zahlreiche Einzelverhandlungen, im Wesentlichen auf Initiative der Kostenträger geführt, in den Jahren 1999 und 2000 auf Initiative der Einrichtungsträger. Vor allem für 1998 und 1999 haben aber auch viele Träger von pauschalen Erhöhungsangeboten der Kostenträger Gebrauch gemacht. Während des gesamten Zeitraums wurden bei über 140 zugelassenen Pflegeheimen insgesamt nur zwei Schiedsstellenverfahren durchgeführt. Die gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen werden von der Landesbehörde festgesetzt, danach liegt der durchschnittliche Investitionsbetrag derzeit platzzahlgewichtet bei rd. 18,50 DM täglich (rd. 563 DM monatlich).

In Hessen liegen die Vergütungssätze für den Bereich der ambulanten grundpflegerischen Leistungen innerhalb einer Spannbreite zwischen 45,50 DM und 51,60 DM pro Stunde bzw. bei 600 Punkte. Die Vergütung für Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung belaufen sich innerhalb eines Korridors zwischen 28 DM und 30 DM.

Die Vergütung vollstationärer Leistungen hat sich in den Jahren 1998 bis 2000 in Hessen wie folgt entwickelt (Tagessatz):

	1998	2000
„Pflegestufe 0“	48,13 DM	49,84 DM
Pflegeklasse I	68,82 DM	71,44 DM
Pflegeklasse II	96,09 DM	99,80 DM
Pflegeklasse III	123,40 DM	128,18 DM
Unterkunft und Verpflegung	31,72 DM	32,15 DM
Investitionskosten	20,86 DM	22,65 DM

Für die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen gelten in Mecklenburg-Vorpommern für die Liga der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege und den Bundesverband privater Alten- und Pflegeheime und ambulanter

Dienste e. V. (bpa) als die Anbieter vertretenden Verbände und die Pflegekassen die Allgemeinen Grundsätze zu den Leistungskomplexen und grundsätzlich auch der Beschluss der Schiedsstelle vom 26. September 1997, nach der der Punktwertkorridor bis Ende 1998 auf 0,064 bis 0,069 DM festgesetzt worden war. Der Korridor für die Punktwerte bewegt sich in den Einzelvereinbarungen zurzeit zwischen 0,048 und 0,069 DM.

Für den stationären und teilstationären Bereich werden für die Pflegeeinrichtungen Einzelvereinbarungen unter Federführung der Landesverbände der Pflegekassen getroffen; das Land Mecklenburg-Vorpommern ist als überörtlicher Träger der Sozialhilfe aufseiten der Kostenträger beteiligt. Vor den Einzelverhandlungen haben sich Leistungsanbieter, Pflegekassen und Sozialhilfeträger für die Vereinbarung der Heimentgelte zum Jahr 2000 auf bestimmte Eckpunkte verständigt, wobei die Entgeltanträge gemäß den von der Pflegesatzkommission abgestimmten Formularen einzureichen sind. Diese Eckdaten umfassen u. a. auch Personalanhaltszahlen.

Es wurde folgende Vereinbarung getroffen:

„Pflegestufe 0“	Korridor von	1:11	bis	1:9
Pflegestufe I	Korridor von	1:6	bis	1:5
Pflegestufe II	Korridor von	1:4	bis	1:3
Pflegestufe III	Korridor von	1:2,5	bis	1:2
Nachtwachen		1:30		

Pflegedienstleitung (inkl. Stellvertretung und sonstige Leitungskräfte in der Pflege)

Pflegeeinrichtungen bis 40 Plätze	0,5 Vollkräfte
Pflegeeinrichtungen ab 41 Plätze	1:80
Hauswirtschaft	1:7
Leitung und Verwaltung	1:30
Altenpflegepraktikanten	
Pflegeeinrichtungen bis 100 Plätze	1
Pflegeeinrichtungen bis 100 Plätze	2

Die vereinbarten durchschnittlichen Pflegesätze und Tagessätze für Unterkunft und Verpflegung gestalten sich für das Jahr 2000 wie folgt (rechnerischer Durchschnitt ohne Gewichtung):

Pflegeklasse I	61,45 DM
Pflegeklasse II	79,60 DM
Pflegeklasse III	106,10 DM
Unterkunft und Verpflegung	27,80 DM

Für Schwerstpflegeheime für Behinderte, die einen Versorgungsvertrag nach dem SGB XI haben und in denen außerdem Leistungen der Eingliederungshilfe nach §§ 39 ff BSHG gewährt werden, wurde zusätzlich eine Pauschale in Höhe von durchschnittlich 28,70 DM je Tag vereinbart.

Das System der Leistungskomplexe wurde im Saarland zwischen den Vertragsparteien in 1995 ausgehandelt und wird bis heute unverändert angewendet. Zum Zeitpunkt der Verhandlungen lagen die Empfehlungen der Spitzenverbände noch nicht vor, sodass das im Saarland vereinbarte Leistungskomplexsystem keine detaillierte Leistungsbeschreibung beinhaltet. Um diesen Mangel zu beheben, sind die Verbände der Leistungsanbieter und die Landesverbände der Pflegekassen unter Beteiligung der örtlichen Träger der Sozialhilfe im Mai 2000 erneut in Verhandlungen über eine mögliche Neustrukturierung bzw. Konkretisierung der Leistungskomplexe eingetreten. Grundlage der Verhandlungen waren die Empfehlungen der Spitzenverbände der Pflegekassen vom 8. November 1996. Als Ergebnis dieser Verhandlungen wurden die Inhalte der in der Bundesempfehlung vorgeschlagenen Leistungsbeschreibung weitgehend in das saarländische Leistungskomplexsystem übernommen und die Punktzahlen in einigen Leistungskomplexen nach oben korrigiert: „Kleine Morgen-/Abendtoilette“ von 300 auf 350 Punkte, „Große Morgen-/Abendtoilette“ von 500 auf 550 Punkte, „Hilfe bei der Darm- und Blasenentleerung“ von 80 auf 100 Punkte. Der seit 1995 zwischen den Verhandlungspartnern vereinbarte Punktwert wird mit 6,0 bis 6,9 Pfennig pro Punkt vergütet. Die Vergütung für die Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI wurde auf 30 DM angehoben. Durch die zum 1. August 2000 vorgenommenen Konkretisierungen und teilweisen Neubewertungen der Leistungskomplexe ist nach der Auffassung des saarländischen Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales zu erwarten, dass der bisherige Interpretationsspielraum weitgehend ausgeräumt wird. Ungelöst bleibe jedoch die von den Leistungsanbietern problematisierte Vergütungssituation bei der Erbringung von Leistungen der häuslichen Pflege gemäß § 36 SGB XI.

Die Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung im stationären Bereich für das Jahr 1998 sind im Saarland mittels eines vereinfachten Verfahrens aufbauend auf den am 30. Juni 1996 gültigen Pflegesätzen berechnet worden (Äquivalenzziffern Pflegestufe II: 1,4; Pflegestufe III: 1,9). In den Pflegesätzen ist dabei ein anteiliger Betrag als Ausgleich für den Wegfall des Pflegesatzes bei Abwesenheit berücksichtigt worden. Im Jahre 1999 waren die so berechneten Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung unverändert gültig. Seit Beginn des Jahres 2000 werden im Saarland die Pflegesätze und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung auf der Grundlage einer „Rahmenvereinbarung gem. § 86 Abs. 3 SGB XI über das Verfahren von Vergütungsverhandlungen für Leistungen der vollstationären Pflege nach dem 8. Kapitel des SGB XI“ neu vereinbart. Gegenstand dieser Rahmenvereinbarung ist auch eine bei Vergütungsverhandlungen zugrunde zu legende Mindest-Personalausstattung (Pflegestufe I: 1:3,92; Pflegestufe II: 1:2,81; Pflegestufe III: 1:2,07). Ende Juni waren auf dieser Grundlage mit ca. 70 % der vollstationären Pflegeeinrichtungen leistungsgerechte Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung vereinbart. Eine Anrufung der Schiedsstelle ist in diesem Zusammenhang bisher nicht erfolgt.

Ende Juni 2000 betrug die – ungewichtete – durchschnittliche Höhe aller Pflegesätze und Entgelte für Unterkunft und Verpflegung pro Tag im Saarland:

Pflegeklasse I	63,96 DM
Pflegeklasse II	89,22 DM
Pflegeklasse III	120,39 DM
Unterkunft und Verpflegung	35,01 DM

Die Vergütung ambulanter Pflegeleistungen erfolgt in Sachsen seit dem Jahr 1995 unverändert nach dem von den Spitzenverbänden der Pflegekassen erarbeiteten Leistungskomplexsystem und den diesem Leistungskomplexsystem zugeordneten Punktzahlen. Der Punktwert wird seit Jahren unverändert zwischen 6,0 und 6,5 Pfennigen vereinbart, während private Träger sich auch mit einem Punktwert von 6,0 Pfennigen zufrieden geben.

Die Vergütung stationärer Pflegeleistungen in Sachsen, gegliedert in Dauerpflege-, Kurzzeit- und Tagespflege, ist in folgender Tabelle zusammengestellt (Angaben für IV. Quartal 1999 in DM pro Tag):

	Dauerpflege
Pflegeklasse I	53,83 bis 68,91
Pflegeklasse II	68,88 bis 87,93
Pflegeklasse III	95,21 bis 120,18
Unterkunft und Verpflegung Stufe I bis III	27,00
Investitionsaufwand Stufe I bis III	12,18

	Kurzzeitpflege (Durchschnitt)
Pflegeklasse I	64,22
Pflegeklasse II	77,77
Pflegeklasse III	99,94
Unterkunft und Verpflegung Stufe I bis III	25,71
Investitionsaufwand Stufe I bis III	10,11

	Tagespflege (Durchschnitt)
Pflegeklasse I	39,16
Pflegeklasse II	51,61
Pflegeklasse III	59,64
Unterkunft und Verpflegung Stufe I bis III	8,73
Investitionsaufwand Stufe I bis III	6,24
Fahrdienst in DM pro Tag und Person	5,00

Im Hinblick auf die Vergütungshöhe bei den im Land Sachsen-Anhalt nach dem SGB XI zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen wurde in der ganz überwiegenden Zahl ein Punktwert von 0,064 DM vereinbart (Stand: Dezember 1999). In einzelnen Fällen liegen die Punktwerte darunter. Die Laufzeiten der Vergütungsvereinbarungen sind unterschiedlich. Zahlreiche Vereinbarungen sind ausgelaufen, wobei aber nach dem SGB XI die bisherigen Vergütungen bis zum Abschluss einer neuen Vergütungsvereinbarung weitergelten.

In vollstationären Pflegeeinrichtungen liegen die Tagesentgelte zwischen 70 DM und 110 DM in der Pflegestufe I, zwischen 122 DM und 150 DM in der Pflegestufe II und zwischen 115 DM und 116 DM in der Pflegestufe III. Die Laufzeiten der Pflegesatzvereinbarungen sind unterschiedlich. Mit Blick auf die 54 im Land abgeschlossenen Vergütungsverträge zur Tagespflege betragen die Vergütungen hinsichtlich der allgemeinen Pflegeleistungen regelmäßig rd. 30 DM in der Pflegestufe I, rd. 60 DM in der Pflegestufe II sowie rd. 85 DM in der Pflegestufe III. Bei den insgesamt 289 zugelassenen Kurzzeitpflegeeinrichtungen (davon rund 50 reine Kurzzeitpflegeeinrichtungen) liegen die Pflegekassenanteile zwischen 70 DM und 100 DM innerhalb der jeweiligen Pflegesätze.

In Schleswig-Holstein ist bisher von der Möglichkeit nach § 86 SGB XI Pflegesatzverhandlungen „kollektiv“ in Pflegesatzkommissionen durchzuführen, wobei die Verbände der einzelnen Pflegeeinrichtungen und der vor Ort betroffenen Leistungsträger im Land Verhandlungspartner wären, kein Gebrauch gemacht worden. Die Vertragspartner des SGB XI streben die Bildung einer Pflegesatzkommission für die ab 2000 in Schleswig-Holstein zu führenden Pflegesatzverhandlungen an.

Die Bundesempfehlung der Pflegekassen vom März 1995 wurde mit geringfügigen Abweichungen von den Vertragsparteien der Vergütungsvereinbarung im Jahr 1995 auch für Schleswig-Holstein übernommen. Bei der Punktbewertung wurde der durchschnittliche Zeitaufwand in der Weise berücksichtigt, dass im Bereich der Grundpflege 10 Punkte etwa einer Minute entsprechen. Bei den geringer zu bewertenden Verrichtungen der hauswirtschaftlichen Versorgung ist im Interesse eines einheitlichen Punktwertes die Punktzahl entsprechend abgesenkt worden. Ab Ende 1996 ist von den Spitzenverbänden eine stärkere Konkretisierung und Differenzierung der Leistungskomplexe vorgenommen worden, um z. B. Mehrfachabrechnungen oder Überschneidungen in Teilbereichen zu vermeiden. Gegenwärtig finden Vergütungsverhandlungen auf Landesebene zur ambulanten häuslichen Pflege statt.

Die auch von ambulanten Pflegediensten gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen werden nach Maßgabe des schleswig-holsteinischen Landespflegegesetzes pauschal abgegolten, die Höhe der Jahrespauschalen orientiert sich an den Vorjahresumsätzen der Pflegedienste nach dem SGB XI. Die Jahrespauschalen betragen je nach Umsatz des Pflegedienstes 3, 3,5 oder 4 v. H. des Vorjahresumsatzes. Pflegedienste, die kommunale Zuschüsse erhalten oder für die Vereinbarungen über die Deckung von Defiziten durch Kommunen bestehen, erhalten eine um 20 v. H. gekürzte Investitionskostenpauschale. Nach den

Abrechnungen der Kreise und kreisfreien Städte haben nicht alle der zugelassenen ambulanten Pflegedienste Investitionskostenpauschalen in Anspruch genommen. Eine der möglichen Ursachen dafür könnte darin liegen, dass Informationsdefizite, insbesondere bei nicht organisierten Pflegediensten, bestehen. Insgesamt wurden vom Land und den Kommunen bis Ende 1998 rd. 9,2 Mio. DM für Investitionskostenpauschalen an ambulante Pflegedienste aufgewendet.

Mit dem Inkrafttreten der Regelungen für die teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege zum 1. April 1995 galten in Schleswig-Holstein zunächst die bisherigen Pflegesätze für diese Versorgungsbereiche weiter (Art. 49 PflegeVG). Für die Leistungen der Kurzzeitpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen wurde zwischen den Kostenträgern und den Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen für 1998 eine Regelung auf Landesebene getroffen, wonach auch bei Kurzzeitpflege die für die vollstationäre Pflege vereinbarten Vergütungen, Entgelte und Investitionsaufwendungen zugrunde zu legen sind. Eine andere Regelung auf Landesebene für die Vergütung der Tagespflege ab 1998 ist nicht zustandegekommen. Die Übergangs- und Kostenbegrenzungsregelungen bewirkten im Ergebnis eine Festschreibung der bisherigen Pflegesätze bis Ende 1997. Differenzierte Heimentgelte nach den Vorgaben des SGB XI waren daher landesweit erstmals zum 1. Januar 1998 zu vereinbaren. Unter Berücksichtigung der 1998 noch fortwirkenden Kostenbegrenzung, ist dazu die „pragmatische Übergangsregelung für die Vereinbarung der Pflegesätze und Entgelte in Pflegeheime nach dem Achten Kapitel des SGB XI und dem Abschnitt 7 des BSHG in Schleswig-Holstein für das Jahr 1998“ abgeschlossen worden. Diese Übergangsregelung sah für das Jahr 1998 neben einer Anhebung des Gesamtheimentgelts um 0,5 %, die nach dem SGB XI vorgeschriebene Aufteilung in die genannten Bestandteile sowie eine Gewichtung der Pflegesätze nach Pflegeaufwand (Pflegeklassen) im Rahmen einer bestimmten Berechnungsweise vor.

Die durchschnittlichen täglichen Gesamtheimentgelte in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Schleswig-Holstein (einschließlich Fachpflegeeinrichtungen) ergeben sich wie folgt:

	November 1998	Mai 2000
Pflegeklasse I	116,83 DM	122,87 DM
Pflegeklasse II	135,58 DM	141,82 DM
Pflegeklasse III	166,94 DM	162,43 DM

Gegliedert in einzelne Bestandteile des Gesamtheimentgeltes ergeben sich landesweit folgende Durchschnittsbeträge pro Tag (1998/2000):

	1998	2000
Pflegeklasse I	67,37 DM	66,76 DM
Pflegeklasse II	87,56 DM	85,71 DM
Pflegeklasse III	121,30 DM	106,32 DM
Unterkunft und Verpflegung	35,67 DM	33,83 DM
Investitionskosten	19,67 DM	22,28 DM

Zur Vorbereitung der Verhandlungen ab 1999 wurde auf Landesebene eine „Vereinbarung über Grundsätze von Vergütungs- und Entgeltverhandlungen nach dem SGB XI und dem BSHG für vollstationäre Pflegeeinrichtungen für 1999“ beschlossen, die allerdings mit zwei Verbänden von Pflegeeinrichtungen nicht rechtswirksam zustande gekommen ist.

Kernpunkte dieser Vereinbarung sind

– die Anpassung des Gesamtbudgets (Summe der Gesamtheimentgelte am 30. Juni 1998) einer Pflegeeinrichtung um bis zu 3,5 v. H. nach oben oder nach unten,
– eine stärkere Berücksichtigung der Leistungsbeiträge der Pflegekassen bei der Abstufung der Pflegesätze in die drei Pflegeklassen,
– die Vereinbarung von Personalanhaltszahlen für Pflegeleistungen,
– Regelungen für die Vergütung von Härtefällen,
– eine Neuregelung der Abwesenheitsvergütung,
– eine Öffnungsklausel für Individualregelungen bei Vorliegen von Besonderheiten der Pflegeeinrichtungen sowie
– die gemeinsame Erhebung und Auswertung der Umsetzungsergebnisse der Vereinbarung und deren Berücksichtigung bei zukünftigen Verhandlungen.

Insbesondere die Festlegung sachgerechter Personalanhaltszahlen für Pflegeleistungen gehörte zu den schwierigsten Teilen der Verhandlung der Rahmenregelung für 1999. Eine Übernahme der entsprechenden Empfehlungen für den Bereich der freigemeinnützigen und öffentlich-rechtlichen Träger aus dem Jahr 1990 schied wegen der veränderten Einstufungsregelungen aus. In Schleswig-Holstein haben sich die Vertragsparteien für 1999 auf folgende Anhaltszahlen für das Personal-/Bewohnerverhältnis geeinigt:

	von	bis
„Pflegestufe 0“	1:9,00	1:12,0
Pflegestufe I	1:4,05	1:6,0
Pflegestufe II	1:3,05	1:4,0
Pflegestufe III	1:2,28	1:2,8

Nachtwachen werden gesondert berücksichtigt (2,29 Vollkräfte für die ersten 20 Plätze, 1 Vollkraft für je weitere 20 Plätze).

Bestandteil der für 1999 getroffenen Vereinbarung sind außerdem die „Grundsätze für die Abgrenzung von Zusatzleistungen im Sinne des § 88 GB XI von den allgemeinen Pflegeleistungen, den Leistungen für Unterkunft und Verpflegung sowie den Investitionsaufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 2 und 3 SGB XI“. Dadurch soll insbesondere eine Doppelberechnung von Investitionsaufwendungen (als gesondert berechenbare Investitionskosten einerseits und Zusatzleistungen andererseits) vermieden werden. Die von den Pflegeeinrichtungen geltend gemachten Zusatzleistungen sind bereits im Zuge der

Pflegesatzverhandlungen mitzuteilen. Für die Ermittlung der Investitionskosten gelten die Regelungen der Landespflegesatzverordnung. Im Hinblick auf den vereinbarten Korridor für die Anpassung des Gesamtheimentgelts (einschließlich der Investitionsaufwendungen) um +/– 3,5 v. H. sind die Investitionskostenanteile in den Pflegesatzverhandlungen zu berücksichtigen. Die Beteiligten haben sich auf der Grundlage der Landespflegegesetzverordnung auf einen einheitlichen Berechnungsbogen und Hinweise für die Ermittlung der Investitionskosten verständigt. Die in Schleswig-Holstein hierbei vorgenommene Orientierung von Miet- und Pachtkosten an Mietaufwendungen für Wohnraum deckt sich mit Regelungen in anderen Bundesländern.

Anlage 7

Übersicht über die zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen nach dem SGB XI*

Bundesland	Stand: 1. Januar 1998	1. Januar 1999	1. Januar 2000	1. Oktober 2000
Baden-Württemberg	750	1 126**	1 278	1 278[1)]
Bayern	1 795	1 820	1 885	1 922
Berlin	342	354	348	348
Brandenburg	532	568	558	542
Bremen	119	119	116	139
Hamburg	403	403	419	428
Hessen	946	978	993	968
Mecklenburg-Vorpommern	385	396	418	420
Niedersachsen	1 135	1 135	1 120	1 189
Nordrhein-Westfalen	2 466	2 466	2 589	2 591
Rheinland-Pfalz	422	410	459	462[1)]
Saarland	168	168	173	171
Sachsen	906	956	970	983
Sachsen-Anhalt	502	529	539	539
Schleswig-Holstein	474	474	578	585
Thüringen	392	392	393	391
Insgesamt	**11 737**	**12 294**	**12 836**	**12 956**

* Quelle: Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. Siegburg, ohne Anspruch auf Vollständigkeit; sowie eigene Zusammenstellung.
** nach Landesangaben.
1) Stand: 1. Juli 2000.

Anlage 8

Übersicht über die zugelassenen vollstationären Pflegeeinrichtungennach dem SGB XI*

Bundesland	Stand: 1. Januar 1998	1. Januar 1999	1. Januar 2000	1. Oktober 2000
Baden-Württemberg	940	940	1 058	1 058[1)]
Bayern	1 134	1 182	1 328	1 364
Berlin	276	276	269	269
Brandenburg	214	212	220	225
Bremen	64	64	73	76
Hamburg	149	149	154	156
Hessen	528	558	555	594
Mecklenburg-Vorpommern	187	185	180	185
Niedersachsen	1 097	1 097	1 116	1 142
Nordrhein-Westfalen	1 639	1 639	1 644	1 647
Rheinland-Pfalz	353	358	386	386[1)]
Saarland	109	109	112	115
Sachsen	365	373	384	406
Sachsen-Anhalt	236	240	246	253
Schleswig-Holstein	500	532	606	585
Thüringen	185	188	191	196
Insgesamt	**7 976**	**8 102**	**8 522**	**8 657**

* Quelle: Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. Siegburg, ohne Anspruch auf Vollständigkeit; sowie eigene Zusammenstellung.

1) Stand: 1. Juli 2000.

Anlage 9

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)

Länder	Förderung und Förderqouten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausstattung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Baden-Württemberg Landespflegegesetz (LPflG) vom 11. September 1995 geändert durch Gesetz vom 11. Dezember 1996 Pflegeheimförderungsverordnung (PflegeheimFVO) vom 18. Juni 1996	60 v. H. (§ 5 Abs. 1 LPflG) vollstationär: 60 v. H.; Kurzzeitpflege: 80 v. H. (§ 2 Abs. 2 PflegeheimFVO) bis max. zum Kostenrichtwert von 180 000 DM pro Platz erfolgt Festbetragsförderung für vollstationäre Heime bis zu 2 160 DM pro m^2 Netto-Grundfläche, spezielle Räume werden gesondert gefördert; bei Kurzzeitpflege Förderung bis zu 2 880 DM pro m^2 Grundfläche (§ 9 Abs. 6 LPflG i.V.m. § 1 PflegeheimFVO)	nein (§ 7 Abs. 2 LPflG)	Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen: ja (§ 7 Abs. 1 Nr. 2 LPflG) Voraussetzung: wenn die förderfähigen Investitionskosten pro Pflegeheimplatz 75 % der Kostenrichtwerte nicht überschreiten (§ 2 Abs. 1 PflegeheimFVO) und 5 % der Kostenrichtwerte nicht unterschreiten (§ 3 PflegeheimFVO)	nein	60 v. H. und mehr (§ 5 Abs. 1 S. 2 LPflG) Tages- und Nachtpflege 90 v. H. (§ 2 Abs. 2 PflegeheimFVO) bis max. zu den Kostenrichtwerten von (§ 1 PflegeheimFVO) 180 000 DM (Nachtpflege) bzw. 80 000 DM (Tagespflege) pro Platz erfolgt die Festbetragsförderung bis zu 3 240 DM pro m^2, andere Förderbeträge gelten z. B. für Nass- oder Küchenräume	nein
	– die Kostenrichtwerte und Förderhöchstbeträge werden mit dem Baukosten-Index fortgeschrieben (§ 4 PflegeheimFVO) – die Förderung wird jeweils zu 2/3 vom Land und zu 1/3 vom Standortkreis getragen (§ 5 Abs. 1 LPflG)					

noch Anlage 9

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)

Länder	Förderung und Förderqouten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausstattung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Bayern	Beteiligung des Landes nach Maßgabe des Haushalts an betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen bedarfsgerechter Einrichtungen. Voraussetzung ist eine Förderung der zuständigen Kommune mindestens in gleicher Höhe					
Gesetz zur Ausführung des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) Soziale Pflegeversicherung (AGPflegeVG) vom 7. April 1995 (GVBl S. 153) und Verordnung zur Ausführung des Elften Buches Sozialgesetzbuch Soziale Pflegeversicherung (AVPflegeVG) vom 10. Januar 1995 (GVBl S. 3) geändert am 19. Dezember 1995 (GVBl S. 884)	Gewährung von Festbeträgen – Richtwert sind bei Langzeitpflege 60 v. H. und bei Kurzzeitpflege 80 v. H. der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen (150 000 DM/ 130 000 DM) – Förderung von Land und Kommune jeweils bis zu folgenden Höchstbeträgen: Langzeitpflege Neubau 45 000 DM Umbau 30 000 DM Kurzzeitpflege Neubau 52 000 DM Umbau 26 000 DM Erstausstattung 5 000 DM Miete und Pacht 7 600 DM (§ 31 Abs. 1 AVPflegeVG)	höchstens 60 v. H. bei Langzeitpflege und 80 v. H. bei Kurzzeitpflege (30 v. H. bzw. 40 v. H. Land, 30 v. H. bzw. 40 v. H. Kommune) der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen (§ 31 Abs. 2 AVPflegeVG)	nein	nein	Gewährung von Festbeträgen – Richtwert sind 80 v. H. der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen (90 000 DM pro Tagespflegeplatz, 100 000 DM pro Nachtpflegeplatz) – Förderung von Land und Kommune bei Neubau/Umbau/ Erstausstattung/ Miete u. Pacht jeweils bis zu folgenden Höchstbeträgen: bei Tagespflege 36 000 DM/ 12 000 DM/ 3 000 DM/ 5 400 DM bei Nachtpflege 40 000 DM/ 26 000 DM/ 5 000 DM/ 5 800 DM (§ 31 Abs. 1 AVPflegeVG) Bei Modernisierungsmaßnahmen beträgt die Förderung 80 v. H. (40 v. H. Land, 40 v. H. Kommune) der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen (§ 31 Abs. 2 AVPflegeVG)	100 v. H. Kommunalförderung bis zu 5 000 DM je rechnerischer Vollzeitkraft (§ 31 Abs. 5 AVPflegeG)

noch Anlage 9

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)

Länder	Förderung und Förderqouten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausstattung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Berlin Gesetz zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen vom 19. Oktober 1995 (GVBl. S. 675) geändert durch Gesetz vom 19. Mai 1998 (GVBl. S. 102) Pflegeeinrichtungsförderungsverordnung (PflegEföVO) vom 19. September 1998 (GVBl. S. 269)	ganz oder anteilig (§ 6 des Gesetzes) Einzelförderung (Höchstsätze bei Umbauten und Modernisierungen 100 000 DM, in Ausnahmefällen 115 000 DM, bei Neu- und Ersatzbauten 160 000 DM pro Platz)	i. d. R. anteilig (§ 7 des Gesetzes) Pauschalförderung (1 000 DM pro Platz und Jahr)		nein	entsprechend der Förderung von vollstationären Pflegeeinrichtungen, jedoch lediglich mit hälftigen (Höchst-) Beträgen	grundsätzlich im LPflegEG geregelt, jedoch wegen des ausreichenden Angebotes nicht umgesetzt
Brandenburg Landespflegegesetz (PflegeG) vom 27. Juni 1995 in der Bekanntmachung der Neufassung vom 11. Mai 1998; Pflegeinvestitionsverordnung (PflInvV) vom 13.März 1996 zuletzt geändert durch VO vom 28. Juni 1999	Aufnahme der Pflegeeinrichtung in den Landespflegeplan und Investitionsplan ist u. a. Voraussetzung für eine Förderung bis zu 90 % (§ 5 Abs. 2 PflegeG, §§ 2, 3 Abs. 2 PflInvV) ja	ja	ja	ja	ja	Pflegebedarfs- und Investitionsplan wird von Kommunen festgelegt (§ 4 Abs. 1 PflegeG)

noch Anlage 9

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)

<table>
<tr><th rowspan="3">Länder</th><th colspan="6">Förderung und Förderqouten</th></tr>
<tr><th colspan="4">vollstationäre Pflegeeinrichtungen</th><th>teilstationäre Pflegeeinrichtungen</th><th>ambulante Pflegeeinrichtungen</th></tr>
<tr><th>Herstellung Erstausstattung (Erstinvestitionen)</th><th>Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)</th><th>Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)</th><th>„alte Last“</th><th></th><th></th></tr>
<tr><td rowspan="2">Bremen

Bremisches Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz (BremAGPflegeVG) vom 26. März 1996 zuletzt geändert durch Gesetz vom 13. Juni 2000

Verordnung zur Durchführung des BremAGPflegeVG (BremAGPflegeVGV) vom 2. Oktober 1997</td><td colspan="4">Regelförderung:

80 v. H. der investitionsbedingten Aufwendungen bis zur Höchstgrenze von 45 DM pro tatsächlich belegtem Pflegeplatz pro Tag abzüglich eines Sockelbetrages von 17,50 DM
(§ 7 Abs. 1 BremAGPflegeVG)</td><td>Regelförderung:
100 v. H. der investitionsbedingten Aufwendungen bis zur Höchstgrenze von 45 DM pro Pflegeplatz pro Tag
(§ 7 Abs. 2 BremAGPflegeVG)</td><td>Projektförderung in Höhe von 4 v. H. der für Regelförderung vorgesehenen Haushaltsmittel
(§ 7 Abs. 2 BremAGPflegeVG)</td></tr>
<tr><td>bes. Anmeldungs- u. Abstimmungsverfahren
(§ 6 Abs. 6 BremAGPflegeVG)</td><td colspan="4">Aufnahme neuer Maßnahmen in die Förderung nur nach vorheriger Anmeldung und Abstimmung nach wirtschaftlichen, haushaltspolitischen Gesichtspunkten und Bedarfsregionen; als neue Maßnahmen gelten:
– Schaffung neuer Pflegeeinrichtungen incl. Ersatzbauten
– Kapazitätsveränderungen bestehender Einrichtungen
– Grundlegende Sanierung/Modernisierung
– Übernahme durch einen anderen Träger</td><td>Angemeldete Projekte werden von einem Beirat des Landespflegeausschusses mit Auswahlempfehlung begutachtet</td></tr>
</table>

noch Anlage 9

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)

Länder	Förderung und Förderqouten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausstattung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Hamburg Hamburgisches Landespflegegesetz (HmbPflG) vom 20. Juni 1996 Landespflegegesetzverordnung (LPGVO) vom 25. Juni 1996	Primär investive Förderung über Darlehen der Hamburgischen Wohnungsbaukreditanstalt (WK) (§ 7 Abs. 1 HmbPflG) Daneben Zuschüsse möglich im Rahmen der Haushaltsmittel und des Landesrahmenplans (§ 8 HmbLPG) Zusätzlich Einkommensabhängige Einzelförderung für Pflegebedürftige bezogen auf die gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen nach § 82 Abs. 3 und 4 SGB XI (§ 12 HmbLPG) Für die gesonderte Berechnung nicht geförderter Aufwendungen gelten im Jahr 2000 folgende dynamisierte Kostenrichtwerte: vollstationär und Kurzzeitpflege: 178 016 DM (§ 4 Abs. 2 LPGVO) Tages- und Nachtpflege: 59 339 DM (§ 6 Abs. 1 LPGVO)				Förderung grundsätzlich möglich (§ 9 Abs. 2 HmbLPG)	Ausschließlich Projektförderung (§ 9 Abs. 1 HmbLPG)
	WK-Förderung	Einkommensabhängige Einzelförderung	Einkommensabhängige Einzelförderung	Einkommensabhängige Einzelförderung		
	Fördergrundsätze der WK: 80 % des Kostenrichtwertes als Darlehen; zusätzlich laufender Aufwendungszuschuss bis zu 505 DM je Platz und Monat	siehe „alte Last“	1,0 v. H. der Anschaffungs- und Herstellungswerte, bei über 25 Jahre alten Gebäuden 1,3 v. H. (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 LPGVO)	Abschreibungen auf betriebsnotwendige Gebäude, techn. Anlagen und Ausstattung. Zinsen für Fremdkapitalverzinsung. Ggf. Miete und Leasing. (§ 5 Abs. 1 Nr. 1,2,3 und 5 LPGVO)		

noch Anlage 9

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)

<table>
<tr><th rowspan="3">Länder</th><th colspan="6">Förderung und Förderqouten</th></tr>
<tr><th colspan="4">vollstationäre Pflegeeinrichtungen</th><th>teilstationäre Pflegeein-richtungen</th><th>ambulante Pflegeein-richtungen</th></tr>
<tr><th>Herstellung Erstausstattung (Erstinvesti-tionen)</th><th>Wiederbe-schaffung Ergänzung (Folgeinves-titionen)</th><th>Instandhaltung Instandsetzung (Folge-investitionen)</th><th>„alte Last“</th><th></th><th></th></tr>
<tr><td>Hessen

Hessisches Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz vom 19. Dezember 1994 geändert durch Gesetz vom 30. April 1997

Verordnung über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen und Sozialstationen vom 2. Mai 1996</td><td>nach Maßgabe des landesweiten Rahmenplanes und der zur Verfügung stehenden Mittel (§ 4 Hessisches Ausführungsgesetz)

70 v. H. bzw. 75 v. H. bei Einrichtungen innerhalb eines Verbundsystems; 90 v. H. bei Einrichtungen der Kurzzeitpflege (§ 5 Abs. 2 der Verordnung)</td><td>nein</td><td>soweit Sanierungen über bloße Bauunterhaltungs- oder Wiederbeschaffungsmaßnahmen hinausgehen, gilt das zur Erstausstattung Gesagte</td><td>nein</td><td></td><td>nein</td></tr>
<tr><td>Mecklenburg-Vorpommern

Landespflegegesetz (LPflegeG) vom 21. Februar 1996 geändert durch Art. 4 des Gesetzes vom 25. Juni 1999</td><td colspan="3">Einzelförderung und Pauschalförderung durch das Land bei Aufnahme in Landespflegeplan und

Investitionsprogramm (§§ 7, 9 und 10 LPflegeG)
Beteiligung der Pflegebedürftigen mit 5 DM je Tag (§ 11a LPflegeG und § 1 InvestitionsaufwendungsbeteiligungsVO)</td><td>Übernahme angemessener Lasten aus notwendigen Investitionsdarlehen (§ 9 Abs. 4 LPflegeG)</td><td>wie stationäre Pflegeeinrichtungen</td><td>kommunale Pauschalförderung nach Zahl und Schwere der Einsätze (§ 6 LPflegeG)</td></tr>
</table>

noch Anlage 9

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)

Länder	Förderung und Förderqouten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausstattung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Niedersachsen Niedersächsisches Pflegegesetz (NPflegeG) vom 22. Mai 1996 zuletzt geändert durch Gesetz vom 21. Januar 1999 Durchführungsverordnung zum NPflegeG (DVO-NPflegeG) i. d. F. vom 28. Juli 2000	Förderung in Höhe der Zinskosten für eingesetztes Fremdkapital, dieses wird nur bis zur Höhe von 80 v. H. der Richtgrößen bis zu einem in der DVO-NPflegeG festgelegten Höchstzinssatz berücksichtigt (§ 12 NPflegeG)				Vollförderung, außer das für Investitionen eingesetzte Fremdkapital macht mehr als 80 v. H. der Investitionsaufwendungen aus (§ 11 NPflegeG)	landeseinheitliche Investitionskostenpauschale (§ 10 NPflegeG)
	Richtgrößen der Förderung der betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen:					
	vollstationär bis zu 40 Plätzen: max. 150 000 DM pro Platz Kurz-zeitpflegeeinrichtungen bis zu 20 Plätzen: max. 150 000 DM pro Platz (§§ 3, 4 DVO-NPflegeG)	max. 120 000 DM pro Platz bei vollstationären und Einrichtungen der Kurzzeitpflege (§ 4 Abs. 1 DVO-NPflegeG)	Pauschalförderung in Höhe von 1 v. H. des Kostenrichtwertes (§ 7 DVO-NPflegeG)	ja, im Zusammenhang mit dem einkommens- und vermögensabhängigen, bewohnerbezogenen Investitionskostenzuschuss; „Pflegewohngeld“ (§ 13 NPflegeG)	teilstationäre Einrichtungen mit bis zu 15 Pflegeplätzen; bei Herstellungs-/ Anschaffungsmaßnahmen max. 60 000 DM; bei Modernisierungs-/Umstrukturierungsmaßnahmen max. 40 000 DM (§ 1 DVO-NPflegeG)	Investitionskostenzuschuss von 0,0062 DM je Leistungskomplexpunktwert, im Übrigen 3,70 DM je abgerechnete Pflegeeinsatzstunde (§ 2 DVO-NPflegeG)

noch Anlage 9

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)

Länder	Förderung und Förderqouten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausstattung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Nordrhein-Westfalen	Bedarfsbestätigung durch den überörtlichen Sozialhilfeträger ist u. a. Voraussetzung für Förderung betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen (§ 8 Abs. 2 PfG NW)					
Landespflegegesetz (PfG NW) vom 19. März 1996 Verordnung über die gesonderte Berechnung nicht geförderter Investitionsaufwendungen von vollstationären Pflegeeinrichtungen sowie Einrichtungen der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege nach dem Landespflegegesetz (GesBerVO) vom 4. Juni 1996 Verordnung über die Förderung ambulanter Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (AmbPFFV) vom 4. Juni 1996	zinslose Darlehen bis zu 50 v. H. der anerkennungsfähigen Gesamtkosten (§ 13 Abs. 2 PfG NW)	Pauschal gem. GesBerVO	Pauschal gem. GesBerVO	vollstationär nein (aber bewohnerorientierter Aufwendungszuschuss für Investitionskosten: Pflegewohngeld § 14 PfG NW Pflegewohngeldverordnung (PfGWGVO) bei teilstationärer und Kurzzeitpflege ja (§§ 11, 12 PfG NW) auch für die bereits bei Einführung des PflegeVG bestehenden Einrichtungen als Zuschuss	in den ersten 3 Jahren im Rahmen des Landesprogramms 100 v. H., danach 80 v. H. (gilt auch für Kurzzeitpflege) (§ 11 Abs. 2 PfG NW, §§ 7 Abs. 1; 8 StatPflVO) als Zuschuss	Pauschalförderung für ambulante Pflegedienste nach § 9 Landespflegegesetz in Höhe von 4,20 DM pro volle Pflegestunde (10 Leistungskomplexpunkte = 1 Minute) §§ 3 und 4 AmbPFFV)
Verordnung über die Förderung von Investitionen von Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege-Einrichtungen sowie von vollstatio-nären Pflegeeinrichtungen (StatPflVO) vom 4. Juni 1996	Voraussetzung für Neubauförderung vollstationär: 40–80 Plätze, Bedarf anderer Bereiche gedeckt Grenze 3 300 DM pro m^2; für Neubau, Erweiterungs-, Umbau- u. Modernisierungsbauförderung bei Kurzzeitpflege: 6 bis 20 Plätze (§§ 1 Abs. 3; 5 StatPflVO)	ja, über Pauschalförderung für teilstationäre Einrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege (§§ 2, 4 StatPflVO)			Voraussetzung für Neubau, Erweiterungs-, Umbau- und Modernisierungsbauförderung bei Tages- und Nachtpflege: 12 bis 14 Plätze (§ 1 Abs. 3 StatPflVO)	

noch Anlage 9

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)

Länder	Förderung und Förderqouten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausstattung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Rheinland-Pfalz Landesgesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (LPflegeHG) vom 28. März 1995	Voraussetzung der Förderung von Maßnahmen nach § 82 Abs. 2 Nr. 1 bis 3 SGB XI ist die Aufnahme der Pflegeeinrichtung in den von den Kommunen nach Planungsrichtwerten der Landesregierung zu erstellenden Bedarfsplan; hälftige Förderung durch Land und Kommunen nach Maßgabe der Haushaltsmittel (§ 15 Abs. 2 PflegeG)					
	Vollstationäre Einrichtungen: 80 v. H. Einrichtungen der Kurzzeitpflege: 90 v. H. (§ 15 Abs. 2 LPflegeHG)			nein	90 v. H. (§ 15 Abs. 2 LPflegeHG)	100 v. H. der betriebsnotwendigen Aufwendungen; zum Teil werden Förderpauschalen vereinbart 20 000 DM für pflegeergänzende Leistungen Pauschale Förderung von Qualifizierungsmaßnahmen 80 v. H. der angemessenen Personalkosten der Beratungs- und Koordinierungsstellen
Landesverordnung zur Durchführung des LPflegeHG (LPflegeHGDVO) vom 12. Dezember 1995	Baukostenhöchstsatz vollstationäre und Einrichtungen der Kurzzeitpflege: 147 450 DM (§ 14 Abs. 1 LPflegeHGDVO)				Baukostenhöchstsatz 73 725 DM (§ 14 Abs. 1 LPflegeHG)	

noch Anlage 9

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)

Länder	Förderung und Förderqouten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausstattung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Saarland Gesetz Nr. 1355 zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen vom 21. Juni 1995 Rechtsverordnung über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen vom 16. Januar 1997	Vollstationäre Einrichtungen: nur über Pflegewohngeld (einkommens- und vermögensabhängig), § 6 der Rechtsverordnung Anschaffungs- und Herstellungskosten über 150 000 DM pro Platz werden nicht berücksichtigt, Betrag wird gem. Preisindex für Wohngebäude fortgeschrieben					nein
	Kurzzeitpflegeeinrichtungen: maximal 80 % der Kapitalaufwendungen (Zinsen/Tilgung) für förderfähige Investitionskosten (maximal 150 000 DM pro Platz, Betrag wird gem. Preisindex für Wohngebäude fortschrieben), (§§ 4, 5 der Rechtsverordnung)		nein	wie Herstellung, Wiederbeschaffung, (§ 4 Abs. 3 der Rechtsverordnung)	wie Kurzzeitpflegeeinrichtungen (maximal 65 000 DM pro Platz) (§§ 4, 5 der Rechtsverordnung)	

noch Anlage 9

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)

Länder	Förderung und Förderqouten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausstattung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Sachsen Sächsisches Pflegegesetz (SächsPflegeG) vom 25. März 1996 Pflegeheimverordnung (PflhVO) vom 10. August 1996 geändert durch Verordnung vom 10. Oktober 1998 Pflegedienstverordnung (PflegedienstVO) vom 10. August 1996	ja Festbetragsförderung 80 v. H. für vollstationäre Einrichtungen; 90 v. H. für Kurzzeitpflegeeinrichtungen; 100 v. H. für Pflegeeinrichtungen der Behindertenpflege (§ 6 SächsPflegeG,§ 8 PflhVO) für voll- und teilstationäre Pflegeeinrichtungen: Förderung von Nutzungsentgelten (§ 8 SächsPflegeG; § 10 PflhVO)	ja	ja (Förderpauschalen) (§ 7 SächsPflegeG; § 9 PflhVO)	grundsätzlich möglich	ja 90 v. H. (§ 8 Abs. 1 PflhVO) Förderung von Nutzungsentgelten (§ 8 SächsPflegeG; § 10 PflhVO)	Festbetragsförderung 7 v. H. des abgerechneten Sachleistungsvolumens (§ 5 Abs. 1 PflegedienstVO)
Sachsen-Anhalt Ausführungsgesetz zum Pflege-Versicherungsgesetz vom 7. August 1996 (PflegeV-AG) geändert durch Gesetz vom 17. Dezember 1996	Ja (§ 8 Abs. 1 Nr. 1 PflegeV-AG)	Ja (§ 8 Abs. 1 Nr. 2 PflegeV-AG)	nein	grundsätzlich möglich (§ 8 Abs. 3 PflegeV-AG)	ja, Herstellungs- und Anschaffungskosten müssen 250 000 DM übersteigen	ja, im Verbund mit anderen Pflegeeinrichtungen; Herstellungs- und Anschaffungskosten müssen 150 000 DM übersteigen

noch Anlage 9

Ausführungsgesetze und Verordnungen der Länder zum PflegeVG (Förderung und Förderquoten)

Länder	Förderung und Förderqouten					
	vollstationäre Pflegeeinrichtungen				teilstationäre Pflegeeinrichtungen	ambulante Pflegeeinrichtungen
	Herstellung Erstausstattung (Erstinvestitionen)	Wiederbeschaffung Ergänzung (Folgeinvestitionen)	Instandhaltung Instandsetzung (Folgeinvestitionen)	„alte Last“		
Schleswig-Holstein Landespflegegesetz (LPflegeG) vom 10. Februar 1996 Landespflegegesetzverordnung (LPflegeGVO) vom 19. Juni 1996 geändert durch Verordnung vom 6. Dezember1999 Vereinbarung gem. § 6 Abs. 2 LPflegeG über die Gewährung pauschaler Zuschüsse an ambulante Pflegedienste zur Abgeltung laufender Aufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI	bis zu 60 v. H. der förderfähigen Investitionsaufwendungen (§ 5 LPflegeG, § 3 Abs. 2 LPflegeGVO) sowie Pflegewohngeld bis zu 30 DM täglich, einkommensabhängig (§ 6 Abs. 4 LPflegeG, § 8 Abs. 1 LPflegeGVO)	ja, wenn die Gesamtversorgung der Pflegebedürftigen nachhaltig verbessert wird (§ 1 Abs. 2 LPflegeGVO)	nur über Pflegewohngeld (§ 6 Abs. 4 LPflegeG)	nein, Pflegewohngeld bis zu 30 DM täglich, einkommensabhängig (§ 6 Abs. 4 LPflegeG, § 8 Abs. 1 LPflegeGVO)	bis zu 80 v. H. der förderfähigen Investitionsaufwendungen (§ 5 LPflegeG, § 3 Abs. 2 LPflegeGVO) bewohnerbezogene Investitionskostenzuschüsse von 90 v. H. der Investitionsaufwendungen, bis 20 DM täglich bei teilstationärer Pflege, bei Kurzzeitpflege bis 30 DM täglich; einkommensunabhängig (§ 6 Abs. 3 LPflegeG , § 7 LPflegeGVO)	bis zu 80 v. H. der förderfähigen Investitionsaufwendungen (§ 5 LPflegeG § 3 Abs. 2 LPflegeGVO) pauschale Investitionskostenzuschüsse auf der Grundlage des SGB XI-Umsatzes (3 bis 4 %)
Thüringen Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes (ThürAGPflegeVG) vom 28. Juni 1996 Erste Verordnung über die Pauschalförderung nach dem ThürAGPflegeVG (ThürAG-PflegeVG-PVO) vom 12. Dezember 1996	bis zu 100 v. H. (§ 6 ThürAGPflegeVG)	ganz oder teilweise (§ 8 ThürAGPflegeVG)	Jahrespauschalen Eigenbeteiligung der Pflegebedürftigen 5 DM täglich (§ 1 ThürAGPflegeVG-PVO)	grundsätzlich möglich	bis zu 100 v. H.	Förderpauschalen

Anlage 10

Länderspezifische Informationen zur Investitionsförderung

In Baden-Württemberg sind nach den landesgesetzlichen Regelungen die für die pflegerische Grundversorgung der Bevölkerung erforderlichen, d. h. die bedarfsgerechten, Pflegeheime förderfähig. Notwendig für die Bewertung von Fördervorhaben sind daher in Baden-Württemberg regional gegliederte Feststellungen zum Bedarf und zum Bestand an stationären Pflegeangeboten.

Entsprechend den Zielen des Landespflegegesetzes von Baden-Württemberg soll die Förderung der Pflegeheime gleichzeitig auch dem Ziel der Gewährleistung sozialverträglicher Pflegesätze dienen. Die finanzielle Entlastung der Pflegebedürftigen soll dabei dadurch erreicht werden, dass die Investitionskosten durch Kostenrichtwerte der Höhe nach begrenzt werden und ein Teil der Investitionskosten durch Zuschüsse abgedeckt wird. Neben der Gewährleistung sozialverträglicher Pflegesätze will Baden-Württemberg mit der Investitionskostenförderung auf eine gleichmäßige pflegerische Versorgung der Bevölkerung in allen Landesteilen hinwirken.

Dies erfolgt in enger Abstimmung mit den für die stationäre Pflege verantwortlichen Gruppen. Die einzelnen Fördervorhaben wie auch die Förderprogramme in Baden-Württemberg werden im so genannten Ständigen Ausschuss des Landespflegeausschusses – unter Beteiligung der Verbände der Leistungserbringer, der kommunalen Landesverbände und der Verbände der Kostenträger – beraten und abgestimmt. Im Übrigen setzt eine Förderung immer die Feststellung des Bedarfs durch den jeweiligen Stadt- oder Landkreis unter Beteiligung der Gemeinden im Rahmen der Kreispflegeplanung voraus.

Die Kostenrichtwerte für die Förderung stationärer Pflegeangebote nach dem Landespflegegesetz in Baden-Württemberg beziehen sich auf den Baukostenindex zum Stand Februar 1996. Sie werden mit diesem Index fortgeschrieben und liegen heute etwas unter den Werten, die sich auf den Index von 1996 beziehen. Sie beziehen sich weiterhin auf Neubauvorhaben mit einem vollständigen Raumprogramm. Bei Sanierungs- und Modernisierungsmaßnahmen sollen als Wirtschaftlichkeitsgrenze 75 v. H. der Neubaukosten nicht überschritten werden. Den Besonderheiten der einzelnen Investitionsmaßnahmen soll durch eine flächenbezogene Förderung Rechnung getragen werden.

Die Förderung wird jeweils zu zwei Dritteln vom Land Baden-Württemberg und einem Drittel vom jeweiligen Standortkreis bzw. der Standortkommune übernommen. Bislang wurden im Zeitraum 1997 bis 2000 insgesamt 150 Projekte mit einem Investitionsvolumen von rd. 1 Mrd. DM und einem Landeszuschuss in Höhe von rd. 400 Mio. DM auf der Grundlage des Landespflegegesetzes gefördert.

Im Unterschied zur bisherigen Förderung in Baden-Württemberg werden durch die Förderbestimmungen des Landespflegegesetzes und der Pflegeheimförderverordnung von 1996 keine Flächenrichtwerte mehr vorgegeben. Zur Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Fördervorhaben erscheint dem Land Baden-Württemberg die Festlegung von Kostenobergrenzen und Förderhöchstbeträgen zweckmäßiger und ausreichend. Damit soll das Fördervorhaben Anreize zur Kosten sparenden Realisierung der Investitionsmaßnahmen bieten, da die realisierbare Fläche pro Platz und mithin das Raumprogramm nicht von vornherein begrenzt, sondern von der Höhe der Kosten – pro Platz bzw. je Quadratmeter Nettogrundfläche – abhängig gemacht werden. Je kostengünstiger ein Investitionsvorhaben hiernach umgesetzt wird, desto anspruchsvoller kann das Raumprogramm gestaltet werden oder desto geringer kann der Investitionskostenanteil im Rahmen der Heimentgelte sein. Der Leistungserbringer soll die Möglichkeit haben, Marktchancen und Wettbewerbsvorteile entweder über den Preis oder über die Qualität beeinflussen zu können.

In Bayern richtet sich seit dem Inkrafttreten der Pflegeversicherung die Förderung betriebsnotwendiger Investitionsaufwendungen von Altenpflegeeinrichtungen nach den Bestimmungen des Bayerischen Ausführungsgesetzes zum Pflegeversicherungsgesetz (AGPflegeVG) vom 7. April 1995. Die im Einzelnen maßgebenden Fördervoraussetzungen sowie die Zusammensetzung und Höhe der Förderung sind in der Rechtsverordnung (AVPflegeVG) vom 19. Dezember 1995 geregelt.

In Bayern erfolgt die Investitionsförderung von bedarfsgerechten ambulanten Pflegediensten ausschließlich durch die zuständige Kommune. Der Zuschuss beträgt im Kalenderjahr bis zu 5 000 DM je rechnerischer Vollzeitkraft, die Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach § 36 SGB XI erbringt.

Bei der Finanzierung von bedarfsgerechten teil- und vollstationären Altenpflegeeinrichtungen beteiligt sich das Land Bayern nach Maßgabe der im Haushalt bereitgestellten Mittel durch die Gewährung von Investitionspauschalen. Voraussetzung hierfür ist eine Förderung der zuständigen Kommune mindestens in gleicher Höhe.

Die zu fördernden teil- und vollstationären Altenpflegeeinrichtungen werden zusammen mit allen Beteiligten in jährlichen Bauprogrammen festgelegt. In die Jahresförderprogramme 1998, 1999 und 2000 wurden insgesamt 272 Altenpflegeprojekte mit einem staatlichen Fördervolumen von rd. 218,6 Mio. DM aufgenommen. Davon entfallen 138,7 Mio. DM auf den Neu- und Umbau von 92 Alten- und Pflegeheimen, 56,5 Mio. DM auf Modernisierungsmaßnahmen in 110 Heimen und 23,4 Mio. DM auf die Errichtung von 70 Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen.

Aufgrund der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen geht Bayern davon aus, dass in den nächsten Jahren

erhebliche Investitionsaufwendungen vor allem für den Ersatzneubau, den Umbau und die Modernisierung bestehender Alten- und Pflegeheime sowie für die Schaffung weiterer Pflegeplätze auf die Kommunen und das Land Bayern im Rahmen der öffentlichen Förderung zukommen werden.

Im Land Berlin richtet sich die Förderung von Investitionskosten nach dem Landespflegeeinrichtungsgesetz (LPflegEG) und der Pflegeeinrichtungsförderungs-Verordnung (PflegeEföVO). Die Investitionskostenförderung erfolgt objektbezogen als Einzelförderung nach § 6 LPflegEG und als Pauschalförderung nach § 7 LPflegEG. Die Einzelförderung erfolgt als Festbetragsfinanzierung, grundsätzlich als Vollförderung und auf der Grundlage von Standard- und Programmvorgaben unter Berücksichtigung von im LPflegEG festgelegten Baukostenhöchstwerten pro Platz. Die in den Standard- und Programmvorgaben enthaltenen Anforderungen sollen für die pflegebedürftigen Bewohner eine gute Wohnqualität bieten, die auch Privatsphäre und Autonomie der Bewohner zulässt, und betriebswirtschaftlich tragbare Strukturen schaffen. Bezogen auf die Zimmerstruktur ist in den Anforderungen vorgesehen, dass für ca. 60 v. H. der Bewohner Einzelzimmer und für ca. 40 v. H. der Bewohner Doppelzimmer vorgehalten werden. Da das östliche Stadtgebiet des Landes Berlin zugleich Beitrittsgebiet ist und für Einzelfördermaßnahmen im östlichen Stadtgebiet Bundesfinanzhilfen über das Bundesfinanzhilfeprogramm nach Artikel 52 PflegeVG in Anspruch genommen werden können, liegt hier für den Finanzierungszeitraum des Bundesfinanzhilfeprogrammes (1995 bis 2004) der Schwerpunkt von Einzelfördermaßnahmen im Land Berlin.

Für das Land Berlin als Stadtstaat ergibt sich darüber hinaus die Besonderheit, dass derzeit fast alle Einzelfördermaßnahmen in bereits bestehenden, im östlichen Stadtgebiet zumeist ehemals staatlichen Einrichtungen durchgeführt werden bzw. werden sollen (Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen). Die Errichtung von Neubauten bzw. Ersatzneubauten stellt – auch in Übereinstimmung mit der landesgesetzlichen Regelung von § 6 Abs. 1 LPflegEG – die Ausnahme dar. Hintergrund hierfür ist u. a., dass kaum Auswahl- bzw. Ausweichmöglichkeiten an geeigneten Grundstücken und Standorten bestehen. Ferner kommen die dem Land Berlin nach Artikel 52 PflegeVG zur Verfügung stehenden Bundesfinanzhilfen in Anbetracht der geringeren Kosten bei Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen einer größeren Anzahl an Pflegeeinrichtungen im östlichen Stadtgebiet zugute. Die bisherigen Erkenntnisse über die nach Artikel 52 PflegeVG geförderten Einrichtungen zeigen, dass diese in besonders hohem Maße nachgefragt werden. Die Auslastung dieser Einrichtungen liegt über der durchschnittlichen Auslastung aller im Land Berlin am Markt befindlichen Einrichtungen.

Das Land Berlin geht davon aus, dass mit Ablauf des Bundesfinanzhilfeprogrammes nach Artikel 52 PflegeVG verstärkt im Westteil der Stadt Investitionsförderungen zur Deckung bestehenden Investitionsbedarfes erforderlich sind.

Die Pauschalförderung erfolgt auf der Grundlage der zum Stichtag 1. Januar eines jeden Jahres vorgehaltenen Pflegeplätze. Im Jahr 2000 wird sich das Pauschalfördervolumen auf voraussichtlich rd. 20 Mio. DM belaufen. Aufgrund aktueller bedarfsplanerischer Erhebungen soll die Anzahl der in den Berliner Landespflegeplan aufzunehmenden Plätze steigen, wodurch sich das Pauschalfördervolumen auf voraussichtlich ca. 22,5 Mio. DM jährlich erhöhen dürfte.

In Bremen erfolgt die Landesförderung durch Zuschüsse zu den jährlich entstehenden investitionsbedingten Aufwendungen (Abschreibungen, Zinsen, Instandhaltungskosten, Mieten/Pachten) voll- und teilstationärer Pflegeeinrichtungen. Das Fördersystem ist so ausgestaltet, dass neuere und deshalb teurere Pflegeheime mit einer relativ höheren effektiven Quote gefördert werden als ältere und deshalb kostengünstigere Heime, sodass die Entlastungswirkung der Pflegebedürftigen dort am höchsten ist, wo sie auch am meisten benötigt wird. Die höchstmögliche effektive Förderquote beträgt gegenwärtig 49 v. H. der tatsächliche investitionsbedingten Aufwendungen, für die eine Wirtschaftlichkeitsgrenze von 45 DM pro Tag eingeführt wurde. Teilstationäre und Kurzeitpflegeeinrichtungen erhalten ihre investitionsbedingten Aufwendungen bis zur genannten Wirtschaftlichkeitsgrenze in vollem Umfang vom Land erstattet. Die Förderung ist in jedem Fall an die Belegung der Einrichtung gekoppelt.

Voraussetzung ist die förmliche Aufnahme der jeweiligen Einrichtung in die Förderung, die für alle zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der bremischen Förderregelungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz existierenden, zuvor nicht geförderten Einrichtungen („alte Last“) pauschal bestätigt wurde. Neue Maßnahmen (zur Schaffung, Modernisierung/Grundsanierung, Kapazitätserweiterung und Betriebsübernahme von Einrichtungen) dagegen bedürfen eines geregelten individuellen Anmelde- und Abstimmungsverfahrens mit der Förderbehörde, bei dem es vor allem um bauliche Normen, Ausstattungsstandards, Wirtschaftlichkeit und bedarfsgerechte Standortwahl geht. Die Aufnahme erfolgt zu dem durch die Verfügbarkeit zusätzlicher Fördermittel bestimmten Zeitpunkt. Durch Änderungsgesetz wurde zum 1. Juli 2000 im Bereich der vollstationären Dauerpflege eine vorrangige Berücksichtigung von Maßnahmen der Modernisierung und Grundsanierung festgelegt, da nach Bedarfseinschätzungen Kapazitätserweiterungen zurzeit nicht erforderlich sind.

Neben der Regelförderung für stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen können Projekte gefördert werden, die zur Verbesserung der ambulanten Pflegestruktur beitragen. Im Sinne einer Anschubfinanzierung finden insbesondere innovative Maßnahmen Berücksichtigung, die zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit oder zur Entwicklung neuer pflegerischer oder betreuerischer Angebote führen. Zum Beispiel wurden Zuwendungen für die Unterstützung und Qualifizierung der ambulanten Sterbebegleitung oder die häusliche gerontopsychiatrische Pflege bereitgestellt. Ein Beirat, der vom Landespflegeausschuss benannt wird, berät die Sozialbehörde bei der Vergabe der Zuwendungen.

In Hamburg beruht die Investitionsförderung auf den §§ 6, 7, 8, 9 und 12 Hamburgisches Landespflegegesetz (HmbLPG). Für Maßnahmen nach § 7 HmbLPG (Förderung vollstationärer Wohnpflegeeinrichtungen mit vergünstigten Darlehen und Aufwendungszuschüssen der Hamburgischen Wohnungsbaukreditanstalt) stehen im Haushalt 2000 der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales in Hamburg (BAGS) 9 500 000 DM zur Verfügung. Zusätzlich können rund 160 Heimplätze nach denselben Kriterien und Verfahren aus Mitteln der allgemeinen Wohnungsbauförderung modernisiert oder ersetzt werden.

Zuschüsse nach § 8 HmbLPG stehen nur im Ausnahmefall zur Verfügung. Hier werden derzeit modellhafte Bauvorhaben nach Maßgabe zur Verfügung stehender Haushaltsmittel kofinanziert. Im Jahr 2000 stehen Mittel in Höhe von 2 768 000 DM für einen Heimersatzbau mit angeschlossener Kurzzeitpflege und für die Errichtung eines stationären Hospizes zur Verfügung.

Für die Einkommensabhängige Einzelförderung nach § 12 HmbLPG sind im Haushaltsjahr 2000 Ausgaben in Höhe von 36 300 000 DM vorgesehen.

Projektmittel nach § 9 Abs. 2 HmbLPG stehen im Jahr 2000 in Höhe von 313 000 DM zur Verfügung. Sie werden im Wesentlichen eingesetzt zur Verbesserung der Strukturen und Prozesse im ambulanten und informellen Pflegebereich, insbesondere zur Qualitätsentwicklung und -sicherung. Aus Sondermitteln werden außerdem befristet gefördert: ein „Impulsprogramm Pflege“ und eine „Landesinitiative Hospizarbeit“. Das Impulsprogramm Pflege hat zum Ziel über eine zweijährige Projektförderung (Laufzeit 6/2000 bis 6/2002) innovative Ansätze zur Verbesserung der Situation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu fördern und ehrenamtliches Engagement auszubauen, insbesondere im ambulanten Bereich. Einer der Schwerpunkte des Programms ist die Entlastung der Angehörigen und die Zusammenarbeit zwischen den ehrenamtlichen Mitarbeitern und professionell Pflegenden. Die BAGS will für die acht ausgewählten Projekte ca. 900 000 DM zur Verfügung stellen. Die Projekte sind darauf ausgelegt, sich nach Ablauf dieser Zeit finanziell selbst zu tragen oder zu einem sinnvollen Abschluss zu kommen. Mit der Landesinitiative Hospizentwicklung in Hamburg soll das Gesamtthema Hospizidee in Hamburg weiter entwickelt und gefördert werden. Den Schwerpunkt bildet dabei die Entwicklung eines inhaltlichen Konzeptes für die Vorbereitung der Hospizarbeit sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Die Projektlaufzeit beträgt ein Jahr und wird mit einem Volumen von maximal 200 000 DM festgesetzt.

Ab dem Haushaltsjahr 2001 soll (vorbehaltlich der Haushaltsbeschlüsse der Bürgerschaft) eine Förderung der genutzten Plätze in der Tagespflege eingeführt werden (vgl. § 9 Abs. 1 HmbLPG). Je Nutzungstag sollen die Tagespflegeeinrichtungen dann pauschal 18 DM erhalten. Die nach der Landespflegegesetzverordnung (LPGVO) genehmigten Tagessätze für Investitionsaufwendungen ermäßigen sich für den Nutzer um diesen Betrag. Hamburg erwartet hiervon einen nachhaltigen Impuls für die Inanspruchnahme der Tagespflege und zur nachfragegerechten Erweiterung des Platzangebotes.

In Hessen erfolgt die Investitionsförderung nach Maßgabe des landesweiten Rahmenplanes und der zur Verfügung stehenden Mittel. Dabei sieht die Verordnung über die Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen und Sozialstationen vor, dass die Förderung bei der Herstellung, bzw. bei der Erstausstattung, von vollstationären Einrichtungen 70 v. H. beträgt. Bei Einrichtungen innerhalb eines Verbundsystems beläuft sie sich auf 75 v. H., bei Einrichtungen der Kurzzeitpflege und der teilstationären Pflege macht die Investitionsförderung des Landes Hessen 90 v. H. aus. Das Gleiche gilt für Sanierungen, soweit diese über bloße Bauunterhaltungs- oder Wiederbeschaffungsmaßnahmen, die in Hessen nicht gefördert werden, hinausgehen. Die Förderung von ambulanten Pflegeeinrichtungen ist in Hessen nicht vorgesehen.

Die hessische Landesförderung verteilt sich auf verlorene Zuschüsse und auf zinslose Investitionsfondsdarlehen, und zwar derzeit durchschnittlich im Verhältnis 2/3 zu 1/3, ab dem 1. Januar 2001 im Verhältnis 1/2 zu 1/2.

Der Haushaltsansatz beträgt jährlich derzeit 30 Mio. DM für Zuschüsse und 15 Mio. DM für Darlehen. Im Entwurf des Haushalts 2001 ist eine Anhebung der Darlehensmittel auf 30 Mio. DM vorgesehen.

Das Land Hessen hat in den Jahren 1998 bis 2000 Investitionsförderungen im Bereich der Altenhilfe getätigt. Während es für Erstinvestitionen (Neubau, Erweiterungsbau, Erstausstattung) im Jahre 1998 noch 45 608 500 DM waren, so waren es im Jahre 1999 bereits 47 195 479 DM, was einen Anstieg von ca. 3,5 v. H. bedeutet. Für das Jahr 2000 waren im Mai 2000 bereits 32 361 140 DM zur Verfügung gestellt. Für den Bereich der teilstationären Einrichtungen und der Kurzzeitpflegeeinrichtungen stellte das Land Hessen im Jahre 1998 Gelder in Höhe von 6 Mio. DM bereit. Im Jahr 1999 waren es dann nur noch ca. halb so viele (2,7 Mio. DM).

In Mecklenburg-Vorpommern richtet sich die Investitionsförderung nach dem Landespflegegesetz. Die Investitionsförderung der ambulanten Pflegedienste erfolgt entsprechend den Bestimmungen in § 6 Landespflegegesetz durch die Landkreise und kreisfreien Städte. Zwischen den Verbänden der Leistungsanbieter und den kommunalen Landesverbänden ist für die Durchführung eine gesonderte Vereinbarung auf der Grundlage des § 6 Abs. 3 Landespflegegesetz abgeschlossen worden.

Stationäre und teilstationäre Einrichtungen erhalten entsprechend den §§ 7 bis 11 eine Investitionsförderung vom Land als Einzelförderung, Pauschalförderung oder Förderung von Miete, Pacht und sonstigen Nutzungsentgelten. Diese Förderung wird seit dem Auslaufen der Übergangsregelung zum SGB XI und einer entsprechenden Übergangsregelung zum Landespflegegesetz (LPflegeG) seit dem 1. Januar 1998 durchgeführt. Seit dem 1. August 1999 tragen die Heimbewohner 5 DM je Belegungstag zu den Investitionskosten in stationären Pflegeeinrichtungen (§ 11a LPflegeG und § 1 InvestitionsaufwendungsbeteiligungsVO).

Für die Förderung nach dem Landespflegegesetz wurden vom Land Mecklenburg-Vorpommern im Jahre 1998 41 Mio. DM und im Jahre 1999 59 Mio. DM (z. T. aus 1998 übertragenen Haushaltsreste) aufgebracht.

Für Ansprüche aus dem Jahr 1999 sind im Jahr 2000 etwa 8,5 Mio. DM eingesetzt worden, weil eine Reihe von Anträgen im Jahr 1999 nicht abschließend beschieden werden konnte.

Von der Einzelförderung wurde in Mecklenburg-Vorpommern bisher wenig Gebrauch gemacht, weil Neubauten und grundlegende Sanierungen in stationären und teilstationären Pflegeeinrichtungen im Rahmen des Artikels 52 PflegeVG gefördert wurden.

Die Entwicklung der Haushaltsansätze zur Durchführung der Investitionsförderung nach dem Niedersächsischen Pflegegesetz (NPflegeG) für alle Förderarten zusammen hat sich in den letzten vier Jahren (von 1996 bis 2000) laufend erhöht. Waren es im Jahre 1996 ab Geltungsbeginn des NPflegeG am 1. Juli 1996 für das zweite Halbjahr noch 87,31 Mio. DM, so waren es 1998 bereits 205,91 Mio. DM und im Jahre 1999 247,52 Mio. DM. Für das Jahr 2000 beträgt der Haushaltsansatz 260,29 Mio. DM.

Die genaue Zahl der nach dem NPflegeG geförderten Pflegeeinrichtungen ist dem Niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales nicht bekannt, da die Durchführung der Förderung den Landkreisen und kreisfreien Städten übertragen wurde. Das Landesministerium geht jedoch nach Berichten von dort davon aus, dass die weit überwiegende Mehrheit der in Niedersachsen nach dem SGB XI zugelassenen Einrichtungen nach dem NPflegeG gefördert wird.

In Nordrhein-Westfalen werden nach § 3 der Verordnung über die Förderung ambulanter Pflegeeinrichtungen im Wege einer pauschalen Abgeltung 4,20 DM pro volle Pflegestunde für Leistungen nach dem SGB XI in ambulanten Pflegeeinrichtungen gewährt. Die Investitionskostenförderung ambulanter Dienste ist somit eng an die Erbringung von Leistungen nach dem SGB XI angebunden; damit erhalten Dienste, bei denen keine abrechenbaren Leistungen nach dem SGB XI nachgefragt und abgerechnet werden, auch keine Förderung nach dem Landespflegegesetz. Das Landesministerium sieht die Effektivität der Förderung darin, dass die Investitionskostenförderung an die unmittelbare Leistung nach dem SGB XI gebunden ist und den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit dadurch unterstützt, dass Pflegebedürftigen keine Investitionskosten für ambulante Pflegeleistungen nach dem SGB XI in Rechnung gestellt werden.

Die Finanzierung der Investitionsaufwendungen von vollstationären Pflegeeinrichtungen stützt sich in Nordrhein-Westfalen auf zwei Instrumente: Zum einen die sog. Vorträgliche Förderung der Investitionskosten beim Neubau, die sich auf das Heim (Objekt) als Ganzes bezieht und unabhängig von der Belegung und der Verteilung der Bewohner auf Selbstzahler und Nicht-Selbstzahler ist. Zum anderen das Pflegewohngeld, das nachschüssig gezahlt wird und mit der konkreten Inanspruchnahme der Leistungen des Pflegeheimes und der Bedürftigkeit des Einzelnen verbunden ist; Pflegewohngeld können nur diejenigen Bewohnerinnen und Bewohner in Anspruch nehmen, die die ihnen gesondert berechneten Investitionslasten aus eigenem Einkommen nicht bezahlen können, während diejenigen Bewohnerinnen und Bewohner mit hohem Einkommen diese Kosten selber tragen müssen.

Die Landschaftsverbände veranschlagen für die Bewältigung des Modernisierungsaufwandes in Nordrhein-Westfalen im Bestand der vollstationären Pflegeeinrichtungen 7,4 Mrd. DM. Bei einer Förderung von 50 v. H. sind hierzu Haushaltsmittel in Höhe von 3,7 Mrd. DM erforderlich. Nach dem Stand der kommunalen Bedarfsplanung kommen rd. 590 Mio. DM Gesamtaufwand bzw. 295 Mio. DM Förderumfang hinzu. Aktuell ist nach Auskunft des Landesministeriums daher die Last von rd. 4 Mrd. DM öffentlicher Fördermittel zu bewältigen.

In Rheinland-Pfalz erfolgt die Investitionsförderung der Sozialstationen (AHZ) seit dem 1. April 1995, der teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen seit dem 1. Juli 1996 unverändert nach dem Landesgesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (LPflegeHG) und der dazu ergangenen Durchführungsverordnung. Die Förderpauschalen sind gemäß den rechtlichen Vorgaben mehrmals angepasst worden.

Im Saarland wurde erstmals auf der Grundlage des Gesetzes zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen sowie der dazu ergangenen Rechtsverordnung für den Zeitraum von 1998 bis 2000 ein Förderplan zur Förderung der Investitionen von Pflegeeinrichtungen erstellt. Er enthält die in den einzelnen Pflegebereichen konkret zu fördernden Maßnahmen. Grundsätzlich werden Investitionsaufwendungen von teil- und vollstationären sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen gefördert, wenn die Pflegeeinrichtung einen Versorgungsvertrag sowie eine Vergütungsvereinbarung abgeschlossen hat, als bedarfsgerecht im Landespflegeplan ausgewiesen ist und eine Aufnahme in den Förderplan erfolgt ist. Die Landesförderung erfolgt im Rahmen einer Investitionsfolgekostenförderung und erstreckt sich auf gemeinnützige und privatgewerbliche Träger; alte Finanzierungslasten bestehender Einrichtungen werden ebenfalls gefördert.

Im Bereich der teilstationären und der Kurzzeitpflege werden im Saarland bis zu 80 v. H. der Kapitalaufwendungen (Zinsen/Tilgung) für die förderfähigen Investitionskosten bzw. bis zu 80 v. H. der entsprechenden Miet- oder Pachtaufwendungen gefördert, sofern die Pflegeplätze im Rahmen einer besonderen Konzeption gesondert vorgehalten werden. Förderfähig sind im Bereich der Kurzzeitpflege Investitionsaufwendungen bis zu 150000 DM[1] pro Platz, in der teilstationären Pflege bis zu 65000 DM[2] pro Platz. Der Ausbau der Tages-, Nacht- und Kurzzeitpflege wird hauptsächlich im Hinblick auf eine Entlastung pflegender Angehöriger gefördert.

[1] Betrag wird gem. Preisindex für Wohngebäude fortgeschrieben.
[2] siehe Fußnote 1.

Im Bereich der vollstationären Pflege erfolgt im Saarland die Förderung durch die Bewilligung von einkommensabhängigen bewohnerbezogenen Aufwendungszuschüssen (Pflegewohngeld) unmittelbar an die antragsberechtigten Pflegeeinrichtungen. Förderfähig sind Investitionsaufwendungen bis zu 150 000 DM[1] pro Platz, d. h. bei der Berechnung des Zuschusses bleiben Investitionsaufwendungen über 150 000 DM unberücksichtigt. Zur Förderung von Investitionsaufwendungen wurden im Landeshaushalt 18,6 Mio. DM im Jahre 1998, 19,9 Mio. DM im Jahre 1999 und 21,3 Mio. DM für das Jahr 2000 veranschlagt.

Die Anzahl der Personen, für die bewohnerbezogene Aufwendungszuschüsse übernommen wurden (in 105 von 108 vollstationären Pflegeeinrichtungen) ist von 1998 bis 2000 insgesamt um ca. 25 v. H. gestiegen. Waren es im Jahre 1998 noch 1 300, so waren es 1999 bereits 1 587 und im Jahre 2000 schließlich 1 620.

Auch bei der Anzahl der geförderten Tagespflege- und/ oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen (nur Einrichtungen, die diese Plätze gesondert, d. h. dauerhaft vorhalten) ist ein Zuwachs zu verzeichnen. Im Jahre 1998 waren es noch 20 Einrichtungen im Saarland, die dementsprechend gefördert wurden. Mittlerweile sind es 28 Einrichtungen.

In Schleswig-Holstein sieht das Landespflegegesetz vom 10. Februar 1996 (LPflegeG) zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten pflegerischen Versorgungsstruktur nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Haushaltsmittel eine finanzielle Förderung von Maßnahmen vor, die entweder zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur, insbesondere zur Stärkung der häuslichen Pflege sowie für qualitätsverbessernde Modernisierungs-, Sanierungs- und Umstrukturierungsvorhaben (§ 5 LPflegeG), oder die zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung unter Einbeziehung von Maßnahmen und Projekten, die nicht vom SGB XI erfasst werden (§ 7 LPflegeG) dienen.

Der ebenfalls beabsichtigten Verbesserung der sozialen Absicherung durch Entlastung der Pflegebedürftigen von gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen sollen Investitionskostenpauschalen für ambulante Pflegedienste (§ 6 Abs. 2 LPflegeG), bewohnerbezogene einkommensunabhängige Zuschüsse für teilstationäre Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Kurzzeitpflege (§ 6 Abs. 3 LPflegeG) sowie bewohnerbezogene einkommensabhängige Zuschüsse (Pflegewohngeld) für vollstationäre Pflegeeinrichtungen (§ 6 Abs. 4 LPflegeG) dienen.

Für die Gewährung von Zuschüssen nach dem Landespflegegesetz sind grundsätzlich die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein sachlich zuständig (§ 4 Abs. 3 LPflegeG). Das Gesetz sieht lediglich zwei Ausnahmen vor: Für Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgungsstruktur (Objektförderung nach § 5 LPflegeG) solcher Pflegeeinrichtungen, die einen überregionalen Bedarf abdecken oder die unter der unmittelbaren Aufsicht des Landes stehen, liegt die Zuständigkeit beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales; im Einzelfall kann auch eine andere Zuständigkeit vereinbart werden. Eine einvernehmliche Zuständigkeitsübertragung auf das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales ist darüber hinaus bei der Gewährung von Zuschüssen für Maßnahmen zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung nach § 7 LPflegeG möglich.

Maßgebend für die örtliche Zuständigkeit ist bei der Objektförderung, bei den Investitionskostenpauschalen an ambulante Pflegedienste sowie bei Maßnahmen nach § 7 LPflegeG der Standort der Pflegeeinrichtung.

Bei Zuschüssen zu laufenden betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen voll- und teilstationärer Pflegeeinrichtungen sowie Kurzzeitpflegeeinrichtungen sind die Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein örtlich zuständig, die im Falle der Sozialhilfeberechtigung für die Pflegebedürftigen zuständig wären oder bereits Leistungen der Sozialhilfe erbringen. Die Zuschüsse werden nur für Pflegebedürftige gewährt, für die bei Sozialhilfebedürftigkeit ein Sozialhilfeträger in Schleswig-Holstein zuständig ist oder wäre („Landeskinderregelung“). Damit können diese Zuschüsse auch für Pflegebedürftige gewährt werden, die sich in Einrichtungen außerhalb von Schleswig-Holstein aufhalten, wenn die Zuständigkeit eines schleswig-holsteinischen Sozialhilfeträgers weiterhin gegeben ist. Die Regelung vermeidet, dass andere Bundesländer entlastet werden, zumal einige Länderregelungen mit bewohnerbezogener Investitionskostenförderung einen „Export“ von Leistungen nicht vorsehen.

Die Zuschüsse nach dem Landespflegegesetz werden auf Antrag gewährt. Anspruchsberechtigt sind grundsätzlich nur Pflegeeinrichtungen, die sich den Regelungen des SGB XI uneingeschränkt unterwerfen (§ 4 Abs. 6 LPflegeG).

Die Ist-Ausgaben des Landes Schleswig-Holstein zur Durchführung des Landespflegegesetzes – ohne die vom Land allein getragenen Aufwendungen für die öffentlich-rechtlichen Fachkliniken – betrugen seit Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes bis Ende 1998 53,4 Mio. DM. Unter Berücksichtigung der kommunalen Finanzierungsanteile entspricht dies einem Gesamtaufwand von rund 137 Mio. DM.

In Thüringen erfolgt die Investitionsförderung nach dem Thüringer Gesetz zur Ausführung des Pflege-Versicherungsgesetzes (ThürAGPflegeVG). Nach § 8 Abs. 3 ThürAGPflegeVG werden Belastungen von Pflegeeinrichtungen im Zusammenhang mit der Aufnahme von Darlehen für notwendige Investitionsausgaben gefördert. Für diesen Zweck hat das Land Thüringen im Haushaltsjahr 1998 10,5 Mio. DM sowie im Haushaltsjahr 1999 10,9 Mio. DM bereitgestellt. Die Förderung von Nutzungsentgelten nach § 9 ThürAGPflegeVG beinhaltet die Förderung von Entgelten von Pflegeeinrichtungen für abgeschlossene Nutzungsvereinbarungen, also Miet- oder Pachtverträge über Gebäude und Anlagegüter. Sie erfolgt unter der Voraussetzung, dass die Nutzung und das Nutzungsentgelt anstelle der Herstellung wirtschaftlich sind.

[1] Betrag wird gem. Preisindex für Wohngebäude fortgeschrieben.

Hierfür wurden im Haushaltsjahr 1998 5,2 Mio. DM und im Haushaltsjahr 1999 12,7 Mio. DM bereitgestellt. Nach § 10 ThürAGPflegeVG erfolgt eine Pauschalförderung für die Aufwendungen der stationären Pflegeeinrichtungen. Dieses sind Aufwendungen für die Wiederbeschaffung und Ergänzung kurzfristiger Anlagegüter, kleine bauliche Maßnahmen bis zu 75 000 DM sowie die Instandhaltung und Instandsetzung von Anlagegütern. Im Haushaltsjahr 1998 belief sich die Förderung auf 7,8 Mio. DM, im Haushaltsjahr 1999 auf 8,6 Mio. DM.

Die Förderung der Investitionsaufwendungen in Thüringen führt nach Angabe des zuständigen Landesministeriums dazu, dass die Belastung der Pflegebedürftigen in der weit überwiegenden Anzahl stationärer Pflegeeinrichtungen in den Jahren 1998 und 1999 bei höchstens 5 DM pro Pflegetag lag.

Wegen der Besonderheiten der Investitionsförderung in den einzelnen Bundesländern ist weiter auf folgende Quellen hinzuweisen, die von den Ländern aufgrund einer Länderumfrage für den Bereich der Investitionsförderung zur Verfügung gestellt worden sind:

- Diskussionsentwürfe zum Landespflegeplan 2000 Baden-Württemberg
- Rahmenplanung der pflegerischen Versorgungsstruktur (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg; Stand: Januar 2000)
- Pflegerahmenplan des niedersächsischen Ministeriums für Frauen, Arbeit und Soziales (Stand: Mai 2000)
- Bericht der nordrhein-westfälischen Landesregierung zu den Wirkungen des Gesetzes zur Umsetzungen des Pflege-Versicherungsgesetzes (Stand: 1999)
- Bericht zur Umsetzung der Pflegeversicherung in Schleswig-Holstein (Stand: 9. Februar 1999)

Anlage 11

Aktivitäten und Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitäts- und leistungsgerechten Versorgung von Pflegebedürftigen in den Bundesländern

Soweit aus den Bundesländern entsprechende Informationen zur Verfügung gestellt wurden, kann beispielhaft über folgende Aktivitäten und Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung einer qualitäts- und leistungsgerechten Versorgung von Pflegebedürftigen berichtet werden:

Baden-Württemberg berichtet, dass es mittels des Modellprojektes „Kundenbefragung in der ambulanten Pflege“ einen erweiterten Überblick über die Qualität der pflegerischen Versorgung gewinnen, Defizite erkennen und diese ggf. beseitigen will. Dieses Modellprojekt knüpft an das Projekt und die Untersuchung „Regionale Qualitätssicherung in der Pflege“ in Heilbronn aus den Jahren 1994/1995 an, welche die Entwicklung von leitbild- und kundenorientierten Qualitätsstandards und Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Thema hatte. Ziel war und ist es, Qualitätskriterien für die ambulante und stationäre Altenhilfe zu erarbeiten sowie trägerübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen auf regionaler Ebene zu entwickeln und zu erproben. Eine Umsetzung bzw. Etablierung der erprobten Maßnahmen, Instrumente, Verfahren und Gremien auf der Stadt- und Landkreisebene ist angestrebt.

Im Februar 2000 hat die Bayerische Staatsregierung ein Gesamtkonzept zur Verbesserung der Qualität der Pflege in Bayern beschlossen. Es besteht im Wesentlichen aus zwei Schwerpunkten: Zum einen sollen durch flankierende Maßnahmen die Rahmenbedingungen für die stationäre Pflege in Bayern verbessert werden. Hierunter gehören etwa die Umsetzung der Bayerischen Leitlinien für die vollstationäre Pflege, der Bayerischen Konzepte für die Fort- und Weiterbildung sowie Supervision in der ambulanten und stationären Altenpflege und des Bayerischen Konzeptes für die Fort- und Weiterbildung in der gerontopsychiatrischen Pflege sowie die Zertifizierung von Pflegeeinrichtungen aufgrund von Richtlinien, die im Auftrag des Bayerischen Landespflegeausschusses erarbeitet worden sind. Der zweite Schwerpunkt liegt in der Anhebung des Personalschlüssels in den Pflegeheimen.

Mit dem Ziel, die Pflegefähigkeit und Pflegebereitschaft der pflegenden Angehörigen zu erhalten, fördert Bayern im Rahmen des „Bayerischen Netzwerks Pflege“ die Angehörigenarbeit. Zur Verbesserung der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender unterstützt Bayern des Weiteren die Hospizbewegung. Dabei hat sich der Freistaat auch an der Gründung der Bayerischen Stiftung Hospiz finanziell beteiligt. Um die ambulante gerontopsychiatrische Versorgung zu verbessern und eine mobile geriatrische Rehabilitation aufzubauen, fördert Bayern entsprechende Modellprojekte.

In Bremen hat sich seit Einführung der Pflegeversicherung der Versorgungsgrad mit stationären Pflegeplätzen – bezogen auf die über 75-jährigen Einwohner – kontinuierlich erhöht. Ein Grund für diese Entwicklung ist mit dem Funktionswandel der Kurzzeitpflegeeinrichtungen verbunden. Während diese Versorgungsform vorher für den überwiegenden Teil der Bewohner nach deren Krankenhausaufenthalt eine Orientierungs- und Stärkungsfunktion übernahm, die zu einem hohen Anteil die Rückkehr in die eigene Wohnung ermöglichte, nehmen sie jetzt zunehmend die Funktion einer Aufnahmestation für die stationäre Pflege wahr. Hintergrund sind die verkürzte Verweildauer, die reduzierte Personalausstattung und die veränderte Konzeptionen, die statt eigener Stationen oder Solitäreinrichtungen verstärkt eingestreute Plätze vorsehen. Eine „Revitalisierung“ der Kurzzeitpflege – verbunden mit einer Erhöhung der aktivierenden Pflege einschließlich therapeutischer Anteile und einer verlängerten Verweildauer – kann daher zu einer Reduzierung der Inanspruchnahme der Dauerpflege führen. Gegenwärtig werden mit den Kranken- und Pflegekassen Verhandlungen über Akzeptanz und Rahmenbedingungen einer entsprechenden Umwandlung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen geführt.

Die stationäre Versorgung von Sterbenden wird künftig um ein Hospiz ergänzt. Die Kranken- und Pflegekassen haben sich mit der Sozialbehörde und dem Träger auf einen Versorgungsvertrag geeinigt. Die Mischfinanzierung aller Beteiligten ermöglicht die Aufnahme von Patienten in einem Hospiz mit einer geringen Eigenbeteiligung an den täglichen Bedarfssätzen.

Hamburg will eine Verbesserung des Pflegeangebots für demente Pflegebedürftige durch eine besondere Rahmenvereinbarung erreichen. Inhaltlich ist Hamburg in der Problematik der Berücksichtigung spezieller Bedarfe Schwer- und Schwerstdemenzkranker mit gravierenden Verhaltensauffälligkeiten folgenden Weg gegangen:

- Fokussierung auf die am schwersten integrierbare Teilgruppe der Demenzkranken,
- höhere Personalausstattung und Vergütung sind geknüpft an die Einhaltung konkreter fachlicher und baulicher Standards,
- Lösung im Rahmen des Vertragsrechts nach SGB XI.

Vor diesem Hintergrund wurde in Hamburg im Februar 2000 zwischen den Verbänden der Pflegekassen, den Verbänden der Träger vollstationärer Pflegeeinrichtungen und der Behörde für Soziales und Rehabilitation (BAGS) als Sozialhilfeträger eine Rahmenvereinbarung unterzeichnet, die durch Festlegung der personellen und sächlichen Leistungs- und Belegungsstrukturen den Aufbau von 750 Pflegeplätzen für besonders

noch Anlage 11

verhaltensauffällige Demenzkranke in der stationären Pflege zum Ziel hat. Die Rahmenvereinbarung wird derzeit mit 29 Einrichtungen im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen nach § 85 SGB XI umgesetzt. Die Finanzierung erfolgt ausschließlich durch die Pflegebedürftigen und (nachrangig) den Sozialhilfeträger. Es wird im Zusammenhang mit der ständigen Verbesserung der Versorgungsstruktur in Hamburg auch auf die von der BAGS geförderten Projekte im Rahmen des „Impulsprogramms Pflege“ und der „Landesinitiative Hospizentwicklung“ hingewiesen. Der Ausbau der externen Qualitätssicherung sowie die Einführung eines hamburgweiten Beschwerdemanagements bilden des Weiteren Eckpunkte der Hamburgischen Qualitätsoffensive.

Durch eine Erhebung des Rechtsmedizinischen Instituts der Universität Hamburg ist im Jahr 1999 in Hamburg die öffentliche und fachliche Aufmerksamkeit besonders auf das Problem der Dekubitalgeschwüre bei Pflegebedürftigen gelenkt worden. Mit Unterstützung der BAGS initiierten der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) und die Hamburgische Pflegegesellschaft das Projekt „Qualitätsvergleich in der Dekubitusprophylaxe“. Danach erheben seit April 1999 in rund 150 ambulanten und stationären Hamburger Pflegeeinrichtungen Pflegekräfte vierteljährlich anonymisierte Daten zur Dekubitusproblematik anhand eines bei der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft entwickelten Qualitätssicherungssystems. Die freiwillig teilnehmenden Einrichtungen werden regelmäßig über den Stand ihrer Versorgungsqualität im Vergleich zu anderen und den Erfolg ihrer Bemühungen im Zeitablauf in Kenntnis gesetzt und können auf diese Erkenntnisse und Anregungen entsprechend reagieren. Erste Auswertungen zeigen, dass bei den kontinuierlich am Qualitätsvergleich teilnehmenden Einrichtungen sich ein hoher Identifikationsgrad der Pflegekräfte mit der Dekubitusproblematik und auch eine Abnahme der Dekubitus-Fälle abzeichnet.

Im Juli 1999 hat der Landespflegeausschuss Hamburg als eigenes Projekt das „Pflegetelefon Hamburg“ ins Leben gerufen. Hierbei handelt es sich um eine landesweit zentrale Beschwerde- und Beratungsstelle bei Problemen in der häuslichen oder stationären Pflege. Die Mitarbeiterinnen des Pflegetelefons haben im ersten Jahr ihrer Tätigkeit weit mehr als 1 300 Erstanrufe bearbeitet. Die meisten Anrufe (ca. 80 %) waren Informationsfragen rund um die Pflege; einem Fünftel lag eine Beschwerde zugrunde. Darüber hinaus gibt es in Hamburg drei größere Beratungsstellen für spezielle Fragen der häuslichen Pflege.

In Hessen wurden im Landespflegeausschuss sowie in der „Arbeitsgruppe stationäre Pflege“ Maßnahmen zur Qualitätssicherung erörtert. Für den Bereich der ambulanten Pflege hat eine Arbeitsgruppe des Landespflegeausschusses Konkretisierungen der Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI erarbeitet, die in den Rahmenvertrag einfließen sollen.

Zwischen den Verbänden der Pflegekassen, dem MDK und den Behörden der Heimaufsicht hat sich ferner eine gemeinsame Arbeitsgruppe zur Koordinierung und inhaltlichen Abstimmung gegründet.

Niedersachsen berichtete schwerpunktmäßig und beispielhaft über solche Maßnahmen, die vom Land Niedersachsen durchgeführt, initiiert oder gefördert wurden bzw. werden.

Zu solchen Initiativen zählen unter anderem:

– Initiative der Universitätsklinik Göttingen zur Verbesserung des Übergangs zwischen stationärer Krankenversorgung und häuslicher Pflege,

– Entwicklung neuer Kooperationsformen in der ambulanten Versorgung (care- und case-management) des Zentrums für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen der Ärztekammer Niedersachsen,

– Erprobung präventiver Hilfen zur Vermeidung von Gewalt gegen ältere Menschen durch die Landeshauptstadt Hannover (mit Förderung des Bundes),

– Erprobung der Vernetzung von Versorgungsstrukturen für demenziell Erkrankte durch ambulante gerontopsychiatrische Zentren in der Landeshauptstadt Hannover (mit Förderung des Bundes).

noch Anlage 11

Bezeichnung	**Ziel/Inhalt**	**Finanzierung/ Rechtsgrundlage**
Generelle Maßnahmen		
Norddeutsches Zentrum für Weiterentwicklung der Pflege	Initiierung und Förderung von Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Pflege; Länderübergreifende Koordinierung von Programmen sowie bei Rechts- und Verwaltungsvorschriften; Förderung von Veröffentlichungen, länderübergreifenden Fachgremien, Fachtagungen	institutionelle Förderung auf der Grundlage eines Staatsvertrages der Länder Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Schleswig-Holstein. Mecklenburg-Vorpommern hat Gaststatus
Landesfachbeirat Psychiatrie	Beratung der Landesregierung in allen Fragen der psychiatrischen Versorgung; einschlägig: Arbeitsgruppen zur psychiatrischen Pflege	lfd. Zuwendungsförderung des Landes
Förderungen vorpflegerischer Maßnahmen	Förderung der Organisation von hauswirtschaftlichen Hilfen und der sozialen Beratung im Vor- und Umfeld von Pflege. Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit; case-management bei ambulanter Pflege; psychosoziale Beratung von Pflegebedürftigen und Pflegepersonen	Zuwendungsförderung auf der Grundlage von Richtlinien; hälftige kommunale Anteilsfinanzierung
Pflegerahmenplan (Stand: Mai 2000)	Grundlagen zur Entwicklung der pflegerischen Versorgungsstruktur; Informationen über regionale Versorgungsdisparitäten; Planung der pflegerischen Versorgungsstruktur für Personengruppen mit besonderem Hilfebedarf. Vorgabe von Planungsdaten (z. B. zur baulich-räumlichen Gestaltung von stationären Pflegeeinrichtungen)	Nieders. Gesetz zur Planung und Förderung von Pflegeeinrichtungen (NPflegeG). Der Pflegerahmenplan ist von den Kommunen bei der örtlichen Pflegeplanung zu berücksichtigen
Tagespflege für pflegebedürftige Menschen – Empfehlungen des niedersächsischen Landespflegeausschusses für Einrichtung und Betrieb	landeseinheitliche Strukturqualität von Tagespflegeeinrichtungen	Empfehlung des Landespflegeausschusses gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI vom 18. März 1999
Rahmenkonzept zur vollstationären Pflege von Schädel-Hirngeschädigten in Pflegeeinrichtungen der Phase ‚F' in Niedersachsen	landeseinheitliche Strukturqualität von Einrichtungen zur vollstationären pflegerischen Versorgung von Schädel-Hirngeschädigten der Phase ‚F' unter Einschluss der diesbezüglichen Versorgung von dauerbeatmungspflichtigen Personen	Zur Empfehlung des Landespflegeausschusses gem. § 92 Abs. 1 Satz 2 SGB XI am 29. November 2000 vorgesehen
Benennung von Ansprechpartnern für Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen bei den zuständigen Heimaufsichtsbehörden	Erleichterung eines direkten Zuganges der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner und ggf. ihrer Betreuer zur Heimaufsicht. Die Benennung erfolgt in jedem Heim	HeimG; Weisung an die untere Heimaufsichtsbehörden durch die zuständige oberste Landesbehörde (MFAS)

noch Anlage 11

Bezeichnung	**Ziel/Inhalt**	**Finanzierung/ Rechtsgrundlage**
Stichprobenprüfungen nach § 80 SGB XI	Neben den anlassbezogenen Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI werden per Beschluss der Landesverbände der gesetzlichen Pflegekassen nach Anregung durch die niedersächsische Ministerin für Frauen, Arbeit und Soziales in Niedersachsen künftig mindestens jährlich 150 Stichprobenprüfungen durchgeführt werden (in 2000 auf stationäre Pflegeeinrichtungen konzentriert)	Verwaltungsmittel der gesetzlichen Pflegekassen
Gesetz über Berufsbezeichnungen und die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen Verordnung über die Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen	Berufsstärkung in den Pflegeberufen durch normengerechte zeitgemäße Regelung von Weiterbildungen; Eröffnung des Zuganges zu Leistungen des Gesetzes zur Förderung der beruflichen Aufstiegsfortbildung (sog. Meister-BAFöG); Eröffnung des Zuganges zu fachspezifischen Hochschulausbildungen	Gesetz vom 16. Dezember 1999 (Nds. GVBl. Nr. 25/1999, Seite 4266); Verordnungsentwurf im Verfahren
Untersuchung zu den Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 SGB XI	Empirische Untersuchung zur Zielerreichung der Vorschrift des SGB XI über die sog. Pflegepflichteinsätze (Qualitätssicherung bei Pflegegeldbezug)	Projektförderung
Modellerprobung „Ambulante psychiatrische Versorgung in ausgewählten Regionen Niedersachsens“	Vermeidung von stationärer Behandlung und Pflege oder von Heimpflege durch koordinierte Erbringung von ambulanten Versorgungsleistungen (personenzentrierter Ansatz; Fallkonferenzen der örtlich Beteiligten) von andernfalls stationär versorgungsbedürftigen Personen mit einer psychischen Erkrankung (ohne gerontopsychiatrischen Formenkreis); Überprüfung der Kostenwirksamkeit der Maßnahmen Der Modellerprobung liegt ein Konzept der Niedersächsischen Arbeitsgemeinschaft für ambulante psychiatrische Pflege beim Landesfachbeirat Psychiatrie (s.o.) aus 1997 zugrunde	Leistungen nach SGB V, SGB XI und BSHG durch die Leistungsträger Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation: Projektförderung durch MFAS
Pflegenotruftelefon	verbesserte Erkenntnis über konkrete Qualitätsmängel in der Pflege, Einleitung von Abhilfe sowie Beratung für pflegebedürftige Personen und Pflegende	Sozialverband Deutschland (ehem. Reichsbund), Lvbd. Nieders., aus Eigenmitteln nach Initiative des MFAS
Kurzzeitpflege als qualifizierte Übergangspflege	Gesetzeszielentsprechende Qualifizierung der Kurzzeitpflege als Übergangspflege nach § 42 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI. Einrichtung einer Arbeitsgruppe (in Vorbereitung) mit den Aufgaben Situations- und Mängelanalyse Erarbeitung eines Rahmenkonzeptes (einschl. Finanzierung) modellhafte Erprobung	Beschluss des Vorbereitenden Ausschusses des Landespflegeausschusses auf Anregung durch MFAS

noch Anlage 11

Bezeichnung Einzelmaßnahmen	**Ziel/Inhalt**	**Finanzierung/ Rechtsgrundlage**
Niedersächsischer Preis für Qualitätsmanagement in der stationären Pflege (in Vorbereitung)	Informationsgewinnung und -weitergabe über trägerinterne Beiträge zur Qualitätssicherung und -entwicklung in stationären Pflegeeinrichtungen. Anerkennung herausragender Beispiele	Projektförderung

In Nordrhein-Westfalen wurde die Diskussion um die Qualitätssicherung in der Pflege zum Anlass genommen, um gemeinsam mit dem Landespflegeausschuss im April 1999 eine erste Landeskonferenz für Fragen der Qualitätssicherung in der Pflege einzuberufen, eine zweite soll im November 2000 stattfinden. Die durchweg positive Resonanz auf die erste Landeskonferenz hat die Mitglieder des Landespflegeausschusses dazu veranlasst, die Beratungen über Grundsatzfragen der Qualitätssicherung in der Pflege in einer eigens hierzu einzurichtenden Arbeitsgruppe des Landespflegeausschusses („kleine Landeskonferenz“) zu verstetigen.

Im jährlichen Abstand soll des Weiteren zukünftig eine größere Veranstaltung in Form einer Fachtagung zu Fragen der Qualitätssicherung in der Pflege einberufen werden.

Zusätzlich hat das Land mehrere Forschungsprojekte in Auftrag gegeben, die Hinweise zur Lösung der drängenden Fragen im Bereich der Qualitätssicherung geben sollen:

– Untersuchung zum Zeitbedarf und zu den Leistungsstrukturen in stationären Pflegeeinrichtungen (Forschungsgesellschaft für Gerontologie in Dortmund und Universität Bielefeld)

– Vorbereitung einer Untersuchung zur Qualitätssicherung für den ambulanten Bereich

– Entwicklung von kunden- und verbraucherschutzorientierten Kriterien und Standards zur Qualitätssicherung (Verbraucherzentrale NRW)

Das Saarland weist daraufhin, dass im Vorgriff auf die beabsichtigte Harmonisierung der Regelungen im SGB XI und im Heimgesetz noch in diesem Jahr eine breit angelegte Qualitätsoffensive unter Einbeziehung aller beteiligten Organisationen, Institutionen usw. gestartet wird, mit dem Ziel die Qualitätssicherung und -prüfung der Pflegeeinrichtungen zu verbessern.

Sachsen berichtet, dass es neben einer Untersuchung zum „Stand der Qualitätssicherung in anerkannten Sozialstationen des Freistaates Sachsen“ eine Studie „Qualitätssicherung und -messung in Pflegeeinrichtungen im Freistaat Sachsen“ in Auftrag gegeben hat. Auf der Grundlage der Ergebnisse ist geplant, Hinweise und Empfehlungen zu geben und Möglichkeiten aufzudecken, wie die Qualität in sächsischen Pflegeeinrichtungen zusätzlich gesichert und verbessert werden kann. Daneben wurde im Unterausschuss „Qualitätssicherung“ des Landespflegeausschusses eine „Orientierungshilfe zur Vorbereitung sowie zur Koordination von Prüfungen in stationären Pflegeeinrichtungen“ erarbeitet, die die verschiedenen Prüfinstitutionen, die gesetzlichen Grundlagen sowie die jeweiligen Prüfschwerpunkte verdeutlichen soll, um so u. a. zur Vermeidung von Kompetenzüberschreitungen und Doppelprüfungen beizutragen.

Hinsichtlich der Qualitätssicherung in der Pflege sind in Sachsen-Anhalt zahlreiche Bestrebungen im Gange, die aber nur teilweise dem direkten Einflussbereich der Landesregierung unterliegen. So haben beispielsweise mehrere Träger der Freien Wohlfahrtspflege ein verbandsinternes Konzept zur Qualitätssicherung entwickelt. Soweit das Land Sachsen-Anhalt auf die Thematik der Qualitätssicherung in der Pflege einen direkten Einfluss besitzt, sind zwei Punkte hervorzuheben. Zum einen funktioniert nach Auffassung aller Beteiligten in Sachsen-Anhalt die Zusammenarbeit zwischen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung einerseits und den (der Landesverwaltung zugehörigen) Heimaufsichtsbehörden andererseits gut. Zum anderen hat der Landespflegeausschuss im Juni 2000 „Thesen zur Qualitätssicherung” beschlossen und auch bereits seit längerer Zeit einen „Unterausschuss Qualitätssicherung” eingesetzt.

In Schleswig-Holstein hat der Landespflegeausschuss im April 1999 das „Aktionsprogramm zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität in Pflegeeinrichtungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz“ beschlossen, welches sich mit konkreten Vorgaben an die unterschiedlichen Akteure (Pflegeeinrichtungsverbände, Pflegekassen usw.) wendet und damit deren gemeinsame Verantwortung unterstreichen will. Die Durchführung des Aktionsprogramms wird von einer Arbeitsgruppe des Landespflegeausschusses begleitet sowie ferner durch das Maßnahmenkonzept des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Schleswig-Holstein (MAGS-Pflegequalitätsoffensive) vom April 2000 – konzeptionell und auch finanziell – unterstützt.

Nach jetziger Planung sollen bis zum Jahre 2004 bis zu 17 Mio. DM für folgendes Maßnahmenangebot an Träger, Einrichtungen und Verbände durch das Landesministerium zur Verfügung gestellt werden:

– 150 neue Plätze mit Ausbildungsvergütung in der Altenpflegeausbildung (zusätzliche Landesförderung von Altenpflegeschulen von bis zu 1 Mio. DM jährlich),

- bis zum Jahre 2004 jährlich 150 000 DM für die unmittelbaren Kosten praxisnaher Fort- und Weiterbildungsprojekte in den Bereichen Qualitätsmanagement, Pflegeplanung/-dokumentation und Dekubitusprophylaxe,
- zusätzlich 200 Plätze (5 000 DM pro Platz pro Jahr) für Teilnehmer des Freiwilligen Sozialen Jahres,
- als Ergänzung zu den langfristig angelegten Konzepten der Träger von Pflegeeinrichtungen ein Beratungskonzept für die Pflegeeinrichtungen (Übernahme der Kosten bis zu maximal 1 600 DM für bis zu 16 Std. Beratung durch externe Fachkräfte bei einer Eigenbeteiligung des Trägers von 250 DM),
- trägerunabhängige Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, Schulung und Begleitung von ehrenamtlichen Kräften sowie die
- Fortsetzung des PflegeNotTelefon.

Zur Sicherung der Qualität in den Pflegeeinrichtungen hat das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit bereits im Dezember 1996 eine Arbeitsgemeinschaft auf Landesebene einberufen. In ihr sind neben den Pflegeeinrichtungen die Pflegekassen einschließlich MDK, die Heimaufsicht, der überörtliche Träger der Sozialhilfe sowie das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit vertreten. Dort wurde beispielsweise über die Abstimmung der Qualitätsprüfungen des MDK sowohl mit der Heimaufsicht als auch den Leistungserbringern und den Kostenträgern beraten. Das damals entwickelte Abstimmungsverfahren bei Qualitätsprüfungen wird bis heute praktiziert. Weitere Beratungsthemen waren die Anforderungen an die Pflegedokumentation, die Qualifizierung des Personals in den stationären Pflegeeinrichtungen oder die Zertifizierung der Pflegequalität.

Anlage 12

Auswertung der Qualitätsprüfungen in den Bundesländern

Zur Durchführung von Qualitätsprüfungen ambulanter Dienste wurde in Baden-Württemberg im Januar 1997 durch den MDK ein Prüfkonzept erarbeitet, anhand dessen zwischen Juli 1997 bis August 1999 alle 880 zugelassenen Pflegedienste einer einheitlichen Prüfung unterzogen wurden (Totalerhebung). Abweichend von der bundeseinheitlichen Prüfkonzeption der MDK-Gemeinschaft war durch die baden-württembergischen Landesverbände der Pflegekassen eine feste Größenklassifizierung der Pflegedienste, der davon abhängige Anteil zu prüfender Pflegedokumentationen und die Anzahl der begleiteten Pflegebesuche pro Pflegedienst verbindlich vorgeschrieben worden. Der Schwerpunkt der Prüfung lag darüber hinaus nicht bei der Ergebnisqualität, ebenso wenig wurden Leistungen aus dem Bereich des SGB V geprüft.

In Bayern wurden die Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in ambulanten und in stationären Pflegeeinrichtungen durch ausgebildete Fachauditoren im Team, bestehend aus einem Arzt und einer Pflegekraft, durchgeführt. Die Prüfungen werden sowohl turnusmäßig, als auch anlassbezogen sowie angemeldet oder unangemeldet durchgeführt. Die turnusmäßigen Qualitätsprüfungen finden seit dem 4. Quartal 1998 statt. Der Durchführung von unangemeldeten Qualitätskontrollen liegt eine entsprechende Empfehlung des Bayerischen Landespflegeausschusses aus dem Jahre 1997 zugrunde. Bis zum Stichtag 1. Januar 2000 wurden in Bayern insgesamt 1 525 Qualitätsprüfungen vorgenommen, davon 1 193 in stationären und 332 in ambulanten Einrichtungen. Von den Prüfungen im stationären (ambulanten) Bereich waren 614 (244) turnusmäßig, 579 (88) anlassbezogen, 298 (28) unangemeldet und 895 (304) angemeldet. In 688 Fällen fand neben der Qualitätskontrolle durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zugleich eine Heimnachschau durch die zuständige Heimaufsichtsbehörde statt. In 578 Fällen war ein Vertreter einer Pflegekasse anwesend.

In Berlin wurden bis Ende 1999 bezogen auf ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen 105 Prüfungen durchgeführt, in Brandenburg insgesamt 169 Prüfungen. Die Landesverbände der Pflegekassen in Bremen haben insgesamt 48 Prüfungen durch den MDK veranlasst, die in Hamburg 43 Prüfungen. Der MDK in Hessen führte insgesamt 94 Prüfungen in Pflegediensten und Pflegeheimen durch.

Zur Durchführung der Prüfungen der Qualitätssicherung in vollstationären Pflegeeinrichtungen und in Einrichtungen der Kurzzeitpflege, wurde in Mecklenburg-Vorpommern eine Vereinbarung zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und der Heimaufsicht abgeschlossen. Mit dem Inkrafttreten dieser Vereinbarung im Januar 1999 ergibt sich die Notwendigkeit einer aufeinander abgestimmten Zusammenarbeit zwischen den Heimaufsichtsbehörden und den Kostenträgern; die Beratung, Abstimmung und Koordinierung der Maßnahmen erfolgt in einer Arbeitsgruppe, bestehend jeweils aus einem Vertreter der Landesverbände der Pflegekassen, der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Heimaufsichtsbehörden und des MDK. Seit Inkrafttreten des SGB XI wurde vom MDK bis Ende März 2000 in 49 ambulanten Pflegediensten eine Qualitätsprüfung vorgenommen. In vier Fällen kam es aufgrund der Ergebnisse zur Kündigung des Versorgungsvertrages. Seit Inkrafttreten des SGB XI für den stationären Bereich bis Ende Januar 2000 wurden im Zusammenwirken mit der Heimaufsicht vom MDK in 18 Einrichtungen Qualitätsprüfungen durchgeführt. In zehn Fällen gab es keine oder kaum Beanstandungen, in acht Einrichtungen wurden umfangreichere Beanstandungen erforderlich, die zu Auflagen führten.

Seit Beginn der Pflegeversicherung wurden in Niedersachsen 181 Prüfungen in ambulanten und stationären Einrichtungen durch den MDK durchgeführt. Neben den anlassbezogenen Qualitätsprüfungen werden per Beschluss der niedersächsischen Landesverbände der Pflegekassen nach Anregung durch das Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales künftig jährlich mindestens 150 Stichprobenprüfungen durchgeführt werden, in 2000 sollen sich diese Prüfungen schwerpunktmäßig auf stationäre Pflegeeinrichtungen konzentrieren.

Da die personelle Kapazität des MDK in Rheinland-Pfalz bisher weitgehend durch die Gutachtertätigkeit zur Bestimmung der Pflegestufen nach § 15 SGB XI gebunden war, konnte der MDK Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI nur in beschränktem Umfang durchführen. Der MDK hat im ambulanten und stationären Bereich bis 1998 62, in 1999 68 und im 1. Quartal 2000 35 Prüfungen vorgenommen. Im Jahr 2000 sind insgesamt 170 Prüfungen geplant. Durch die Schaffung weiterer Gutachterkapazitäten sollen zukünftig jährlich 200 Prüfungen erfolgen. Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind nach Angaben der Pflegekassen zwar geplant, aber bisher noch nicht durchgeführt worden.

Insgesamt wird vom MDK Saarland die Notwendigkeit gesehen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Pflegebereich vermehrt Qualitätsprüfungen gemäß § 80 SGB XI durchzuführen. Vor diesem Hintergrund wurde er personell aufgestockt, um die anstehenden ca. 60 Qualitätsprüfungen durchführen zu können. Im ambulanten Pflegebereich wird vonseiten der saarländischen Pflegekassen über zunehmende Probleme mit der Leistungserbringung und dem Abrechnungsverhalten berichtet. Bei eingehenden Beschwerden werden mit den betroffenen Pflegediensten Konsultationsgespräche geführt und die festgestellten Qualitätsdefizite nach Möglichkeit sofort abgestellt. Mit Unterstützung der Heimaufsicht wurden in geringem Umfang anlassbezogene Qualitäts-

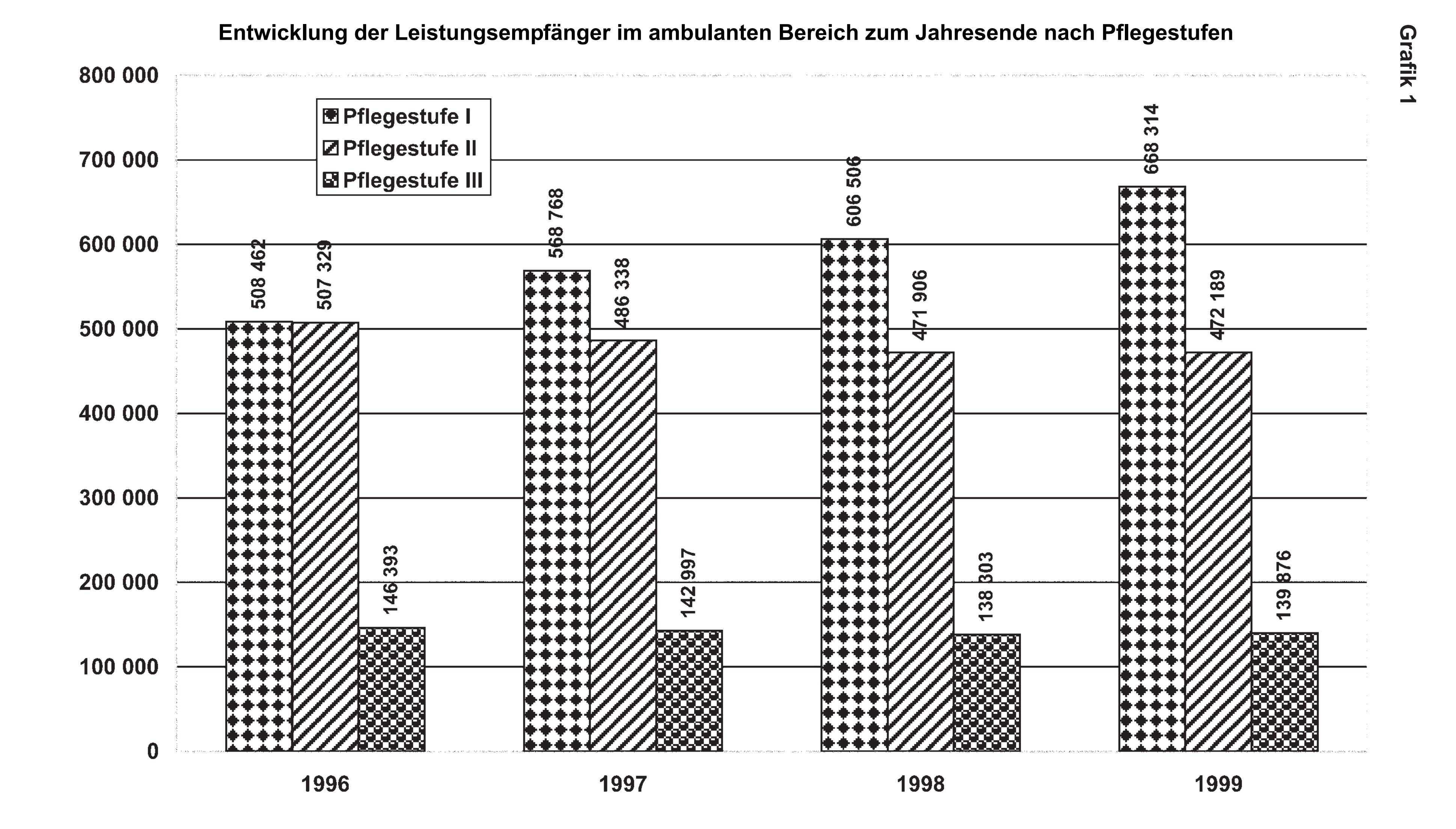
prüfungen und Konsultationsgespräche in stationären Pflegeeinrichtungen durchgeführt; in einem Fall wurde eine illegale Pflegeeinrichtung geschlossen.

Bis Ende 1999 haben der MDK Sachsen 86, der MDK Sachsen-Anhalt 50, der MDK Thüringen 172 und die MDK'en in Nordrhein-Westfalen 219 Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI im ambulanten und stationären Bereich absolviert.

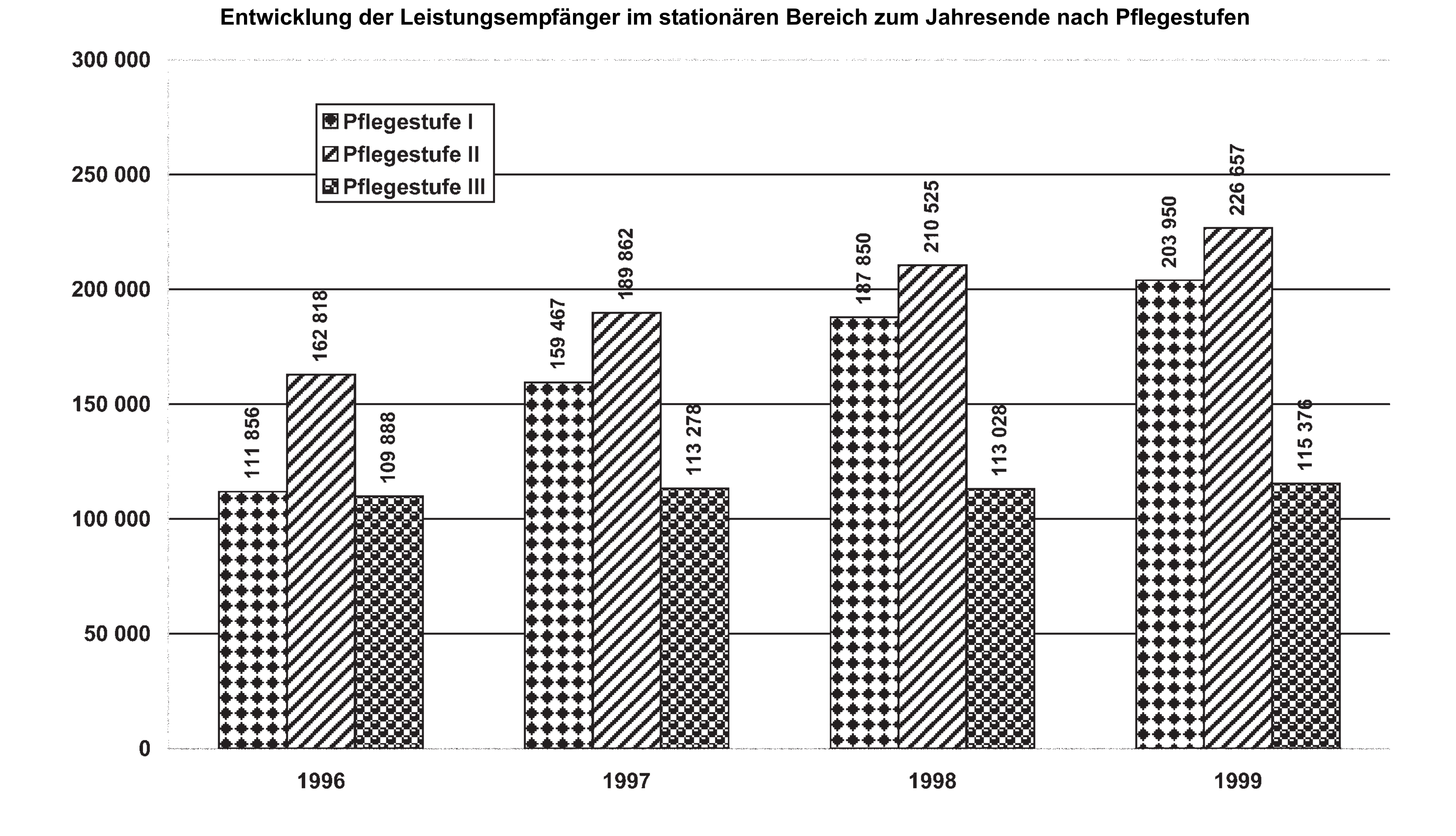
In Schleswig-Holstein waren bis Ende 1999 48 der vorhandenen 571 stationären Einrichtungen und 14 der 506 ambulanten Pflegedienste anlassbezogenen Erstprüfungen unterzogen worden. Im Aktionsprogramm des Landespflegeausschusses wurde beschlossen, vom Mai 1999 bis Ende des Jahres 2000 mindestens eine Kurzprüfung aller vollstationären Pflegeeinrichtungen durch den MDK im Auftrag der Pflegekassen im Sinne des SGB XI vornehmen zu lassen.

Grafiken 1 bis 8

Grafik 1

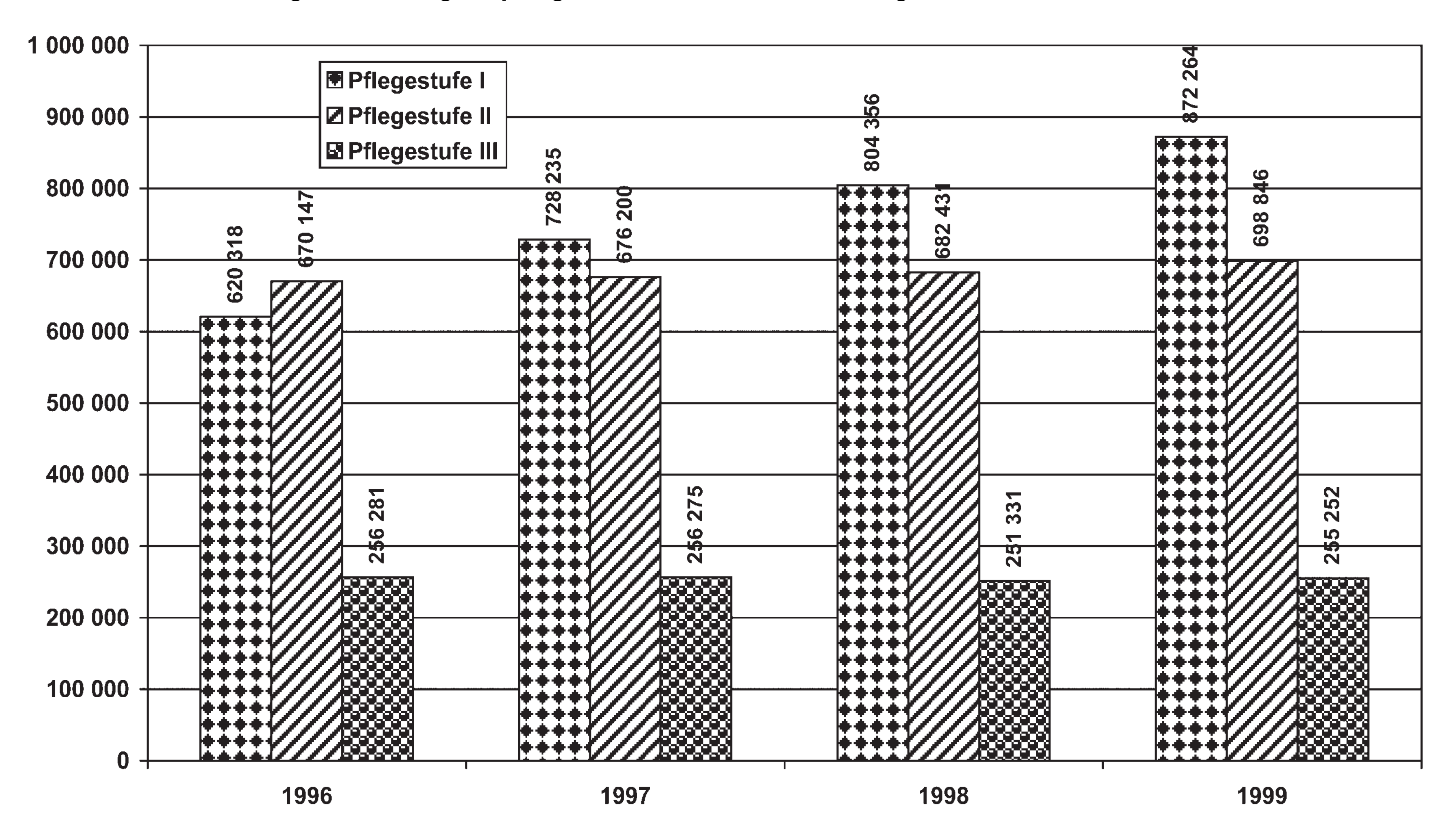

Entwicklung der Leistungsempfänger im ambulanten Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen
800 000
700 000
600 000
500 000
400 000
300 000
200 000
100 000
0
Pflegestufe I
Pflegestufe II
Pflegestufe III
508 462
507 329
146 393
568 768
486 338
142 997
606 506
471 906
138 303
668 314
472 189
139 876
1996
1997
1998
1999

Grafik 2


Entwicklung der Leistungsempfänger im stationären Bereich zum Jahresende nach Pflegestufen
Pflegestufe I
Pflegestufe II
Pflegestufe III
300 000
250 000
200 000
150 000
100 000
50 000
0
111 856
162 818
109 888
159 467
189 862
113 278
187 850
210 525
113 028
203 950
226 657
115 376
1996
1997
1998
1999

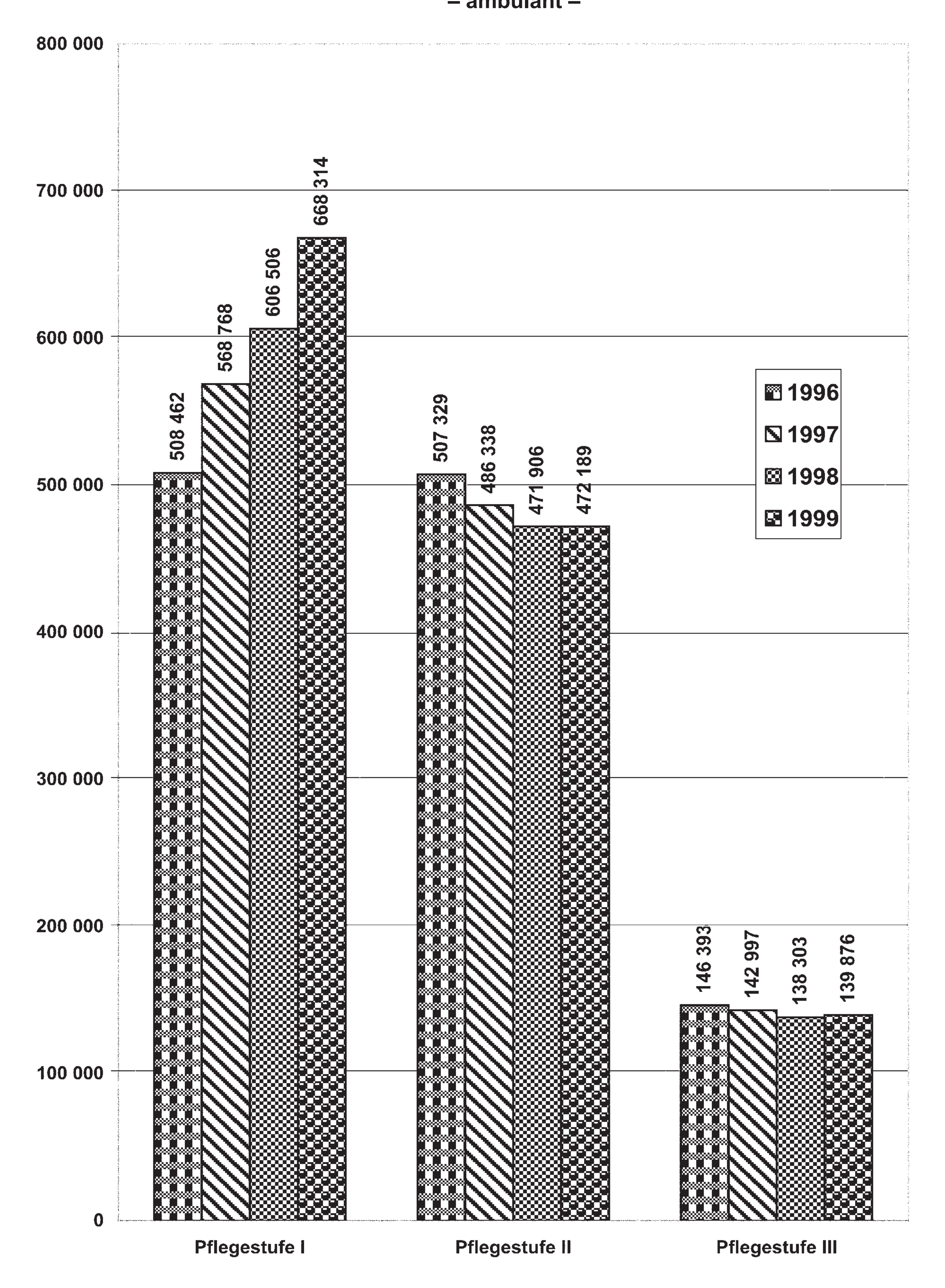
Grafik 3

Entwicklung der Leistungsempfänger zum Jahresende nach Pflegestufen – ambulant und stationär –

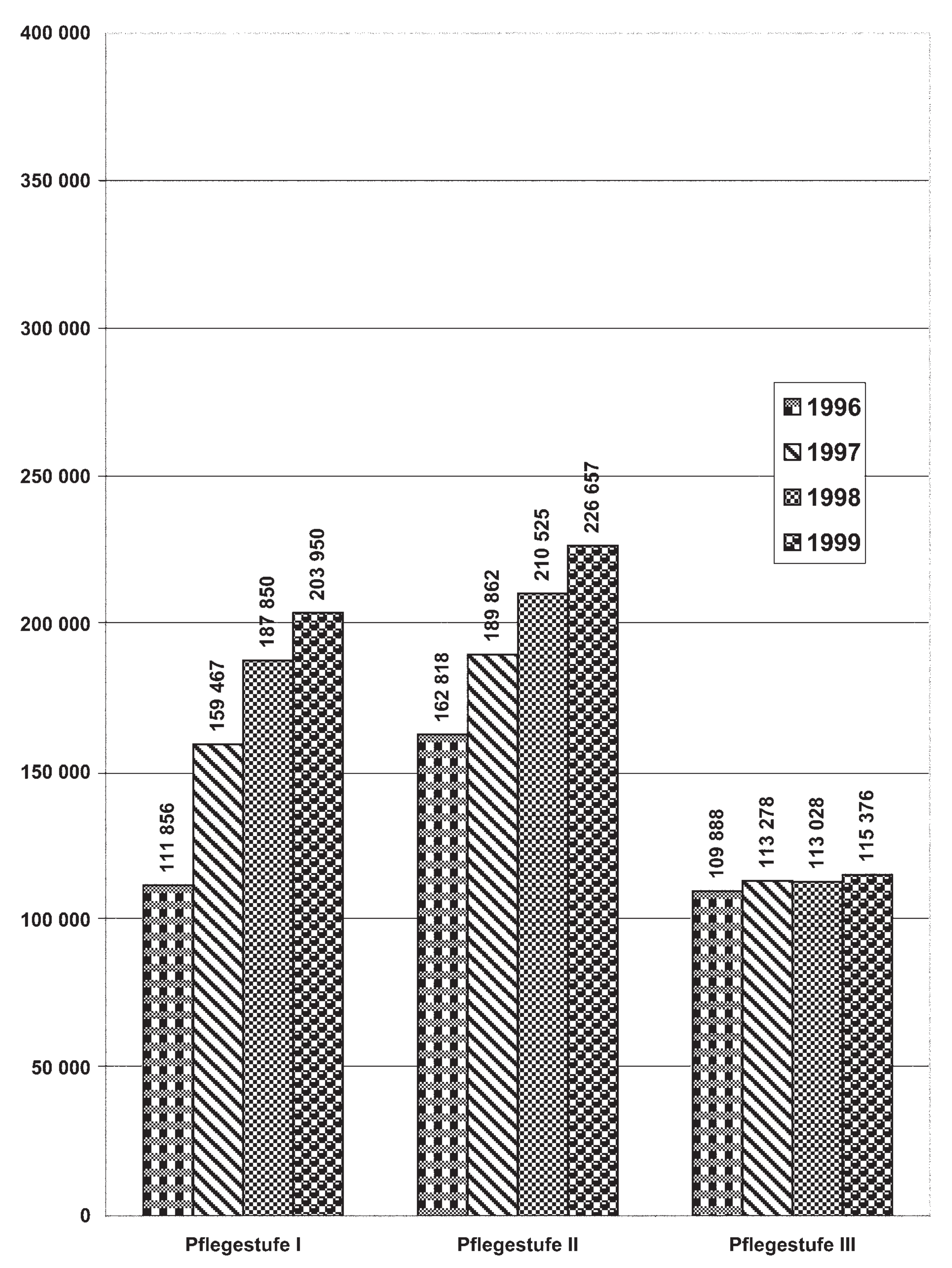


Grafik 4

Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 1996 bis 1999 – ambulant –

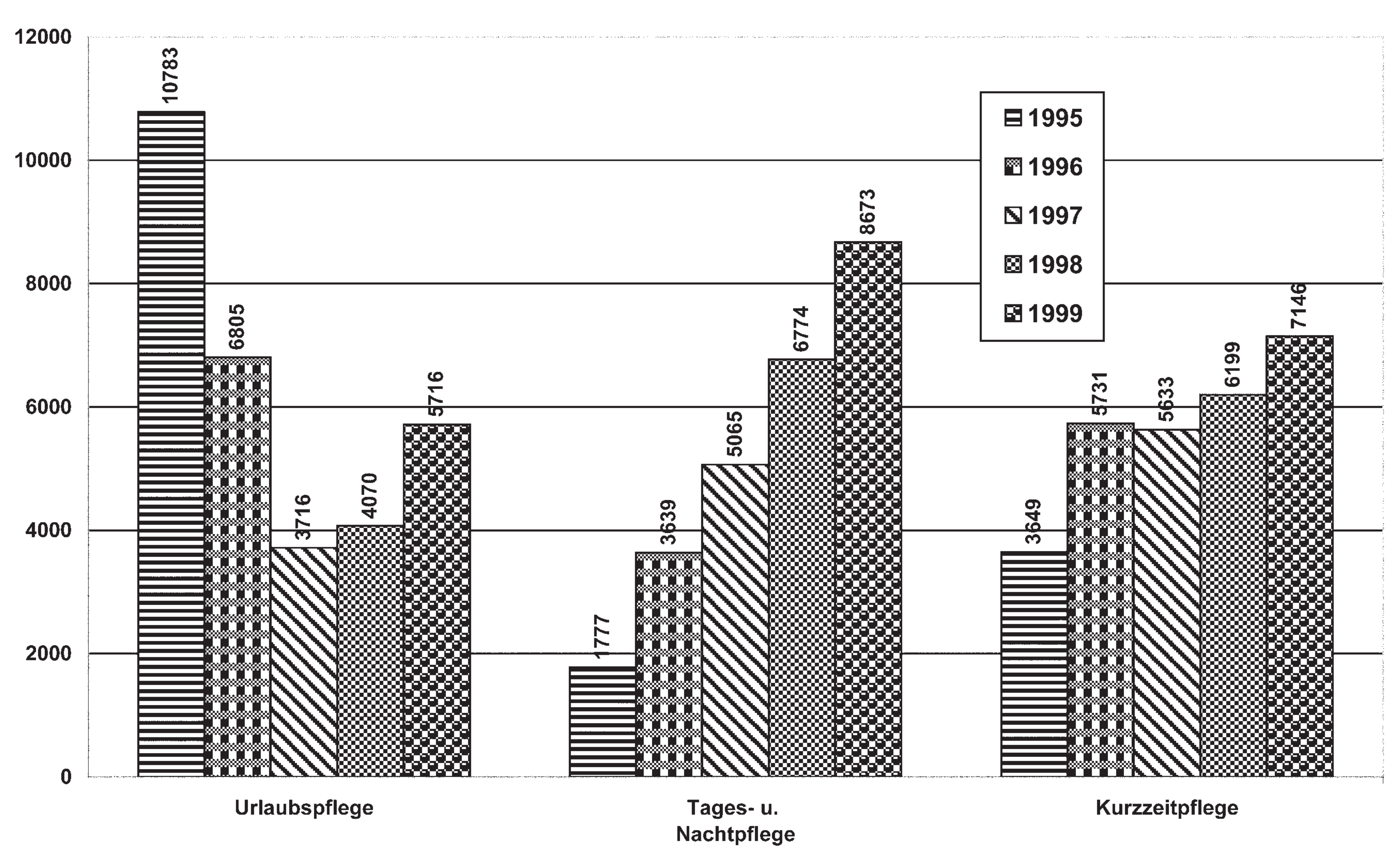


Grafik 5

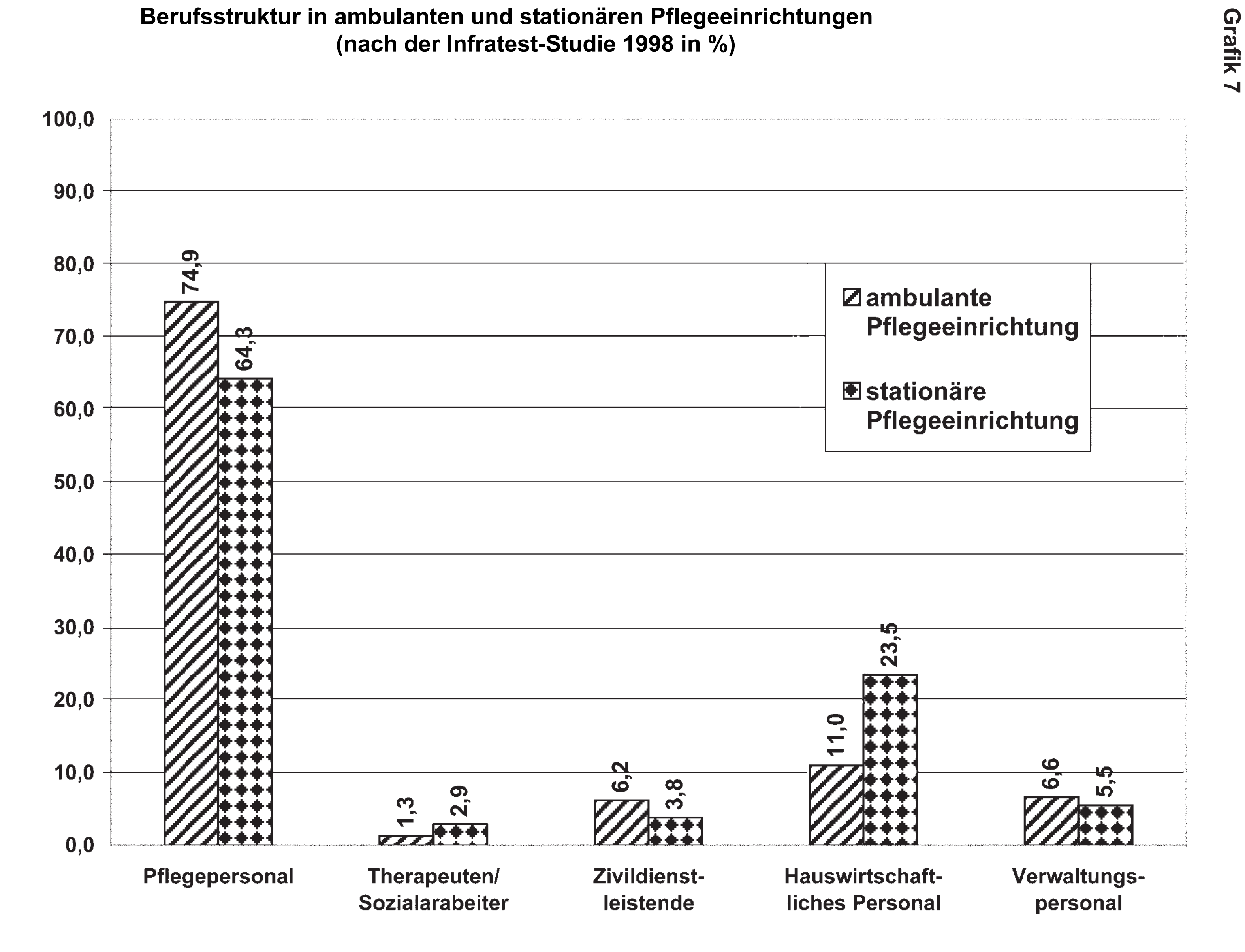

Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Pflegestufen in den Jahren 1996 bis 1999
– stationär –
400 000
350 000
300 000
250 000
200 000
150 000
100 000
50 000
0
1996
1997
1998
1999
111 856
159 467
187 850
203 950
162 818
189 862
210 525
226 657
109 888
113 278
113 028
115 376
Pflegestufe I
Pflegestufe II
Pflegestufe III

Grafik 6

Entwicklung der Leistungsempfänger von Urlaubspflege, Tages- und Nachtpflege sowie Kurzzeitpflege im Jahresdurchschnitt

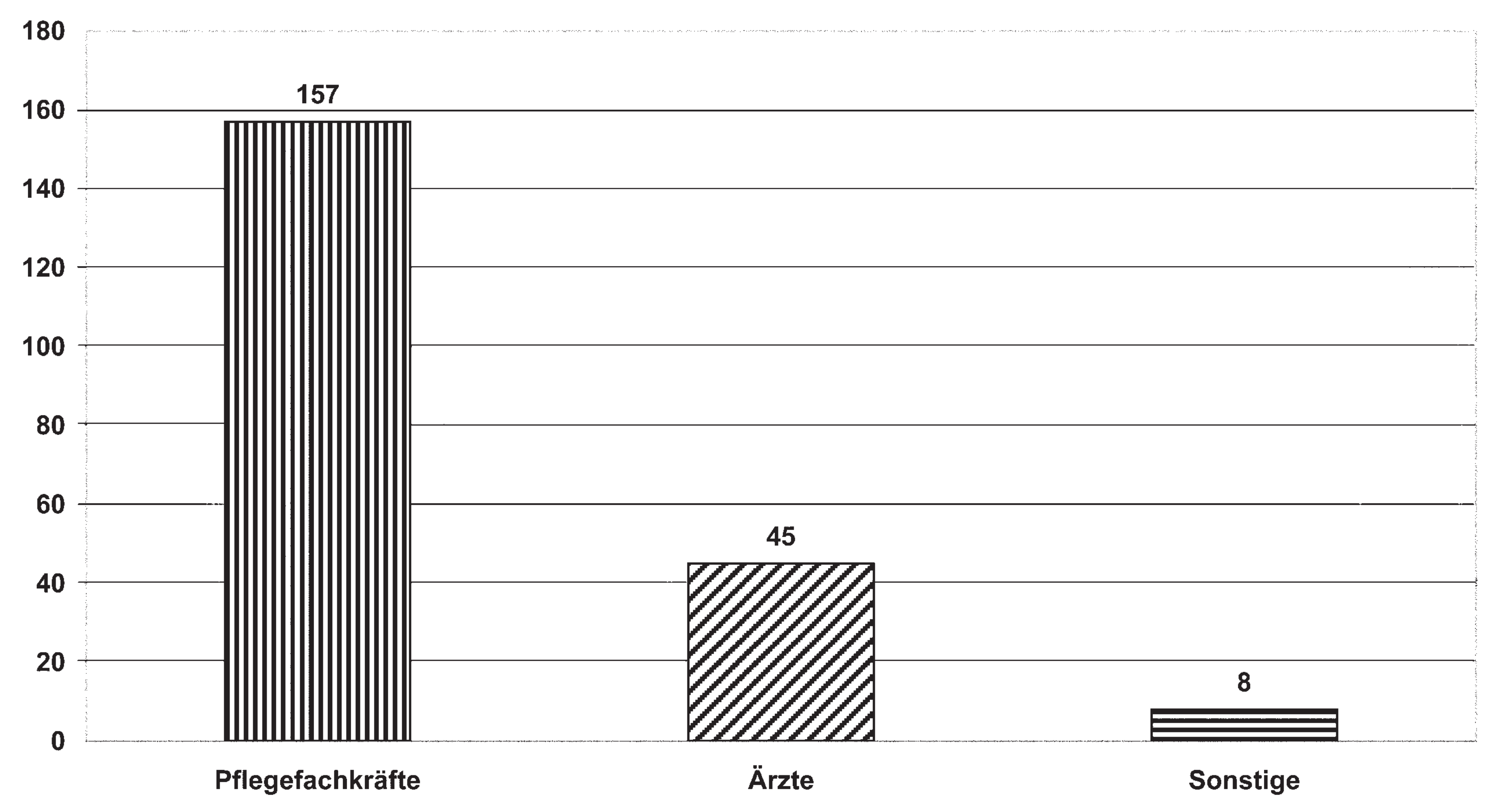


Grafik 7


Berufsstruktur in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen
(nach der Infratest-Studie 1998 in %)
100,0
90,0
80,0
70,0
60,0
50,0
40,0
30,0
20,0
10,0
0,0
74,9
64,3
1,3
2,9
6,2
3,8
11,0
23,5
6,6
5,5
ambulante Pflegeeinrichtung
stationäre Pflegeeinrichtung
Pflegepersonal
Therapeuten/ Sozialarbeiter
Zivildienst- leistende
Hauswirtschaft- liches Personal
Verwaltungs- personal

Grafik 8

Profession der MDK-Mitarbeiter bei Qualitätsprüfungen



Bei den sonstigen Mitarbeitern handelt es sich überwiegend um Verwaltungskräfte, die z.B. in Baden - Württemberg im Rahmen der Qualitätsprüfung in ambulanten Einrichtungen Strukturdaten überprüfen.
Quelle: MDS



Druck: MuK. Medien- und Kommunikations GmbH, Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon: 02 28/3 82 08 40, Telefax: 02 28 / 3 82 08 44
ISSN 0722-8333